



# แพทยสภา

## The Medical Council of Thailand

ประกาศแพทยสภา

ที่ ๕ /๒๕๖๕

### เรื่อง คำแนะนำการบันทึกข้อมูลการทำหัตถการและการผ่าตัด

โดยเป็นการสมควร เพื่อให้การบันทึกเกี่ยวกับการทำหัตถการและการผ่าตัดประเภทต่างๆ ของผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัย มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมภายใต้ความสามารถ และข้อจำกัด ตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๑ (๑) ประกอบกับมาตรา ๗ (๑) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ และมติคณะกรรมการแพทยสภาในคราวประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ แพทยสภาจึงออกประกาศแพทยสภาเรื่อง คำแนะนำการบันทึกข้อมูลการทำหัตถการและการผ่าตัด ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง คำแนะนำการบันทึกข้อมูลการทำหัตถการและการผ่าตัด”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันถัดจากวันที่นายแพทย์สภาลงนามเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“หัตถการ (Procedure)” หมายความว่า กระบวนการกระทำต่อร่างกายของมนุษย์โดยผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่อาจจะใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมด้วย เพื่อการตรวจ วินิจฉัย รักษา ประคับประคองอาการเจ็บป่วย พื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค การเสริมสวย หรือการอื่นใดที่เกี่ยวข้อง ที่อาจเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนขณะ หรือภายหลังการกระทำดังกล่าว จนเกิดภาวะทุพพลภาพ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือถึงแก่ชีวิตได้

“การผ่าตัด (Surgery)” หมายความว่า กระบวนการที่มีการใช้มีด การส่องกล้อง หรือวิธีการอื่นใด ได้แก่ การใช้พลังงานทางกายภาพ (physical agent) เช่น การใช้รังสี คลื่นเสียง ฉายแสง เลเซอร์ ความร้อน ความเย็น เป็นต้น และการกระทำอื่นใดที่อยู่ในลักษณะเดียวกันที่กระทำต่อร่างกายของมนุษย์เพื่อการตรวจ วินิจฉัย รักษา ประคับประคองอาการเจ็บป่วย พื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค การเสริมสวย หรือการอื่นใดที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการกระทำในห้องผ่าตัดหรือไม่ก็ตาม

“การผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery)” หมายความว่า การผ่าตัดที่ใช้เวลาสั้น และผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนขณะหรือภายหลังผ่าตัดได้น้อย

“การผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery)” หมายความว่า การผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนหรือภายหลังผ่าตัดได้มาก ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือถึงแก่ชีวิตได้

“ข้อมูล” หมายความว่า ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่สื่อความหมายให้รู้เรื่องราว ข้อเท็จจริง ข้อมูล หรือสิ่งใดๆ ไม่ว่าจะสื่อความหมายจะทำได้โดยสภาพของสิ่งนั้นเอง หรือโดยผ่านวิธีการใดๆ และไม่ว่าจะได้จัดทำไว้ในรูปแบบของข้อความเอกสาร แฟ้ม รายงาน หนังสือ แผนผัง แผนที่ ภาพวาด ภาพถ่าย ฟิล์ม การบันทึกภาพหรือเสียง ภาพเคลื่อนไหว สัญลักษณ์ การบันทึกโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือวิธีอื่นใดที่ทำให้สิ่งบันทึกปรากฏได้

“ผู้บันทึกข้อมูล” หมายความว่า ผู้มีหน้าที่ในการบันทึกการทำหัตถการ และ/หรือ การผ่าตัด

“ผู้รับผิดชอบข้อมูล” หมายความว่า ผู้มีหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อความถูกต้องครบถ้วนของการทำหัตถการ และ/หรือ การผ่าตัด

ข้อ ๔ ให้ผู้บันทึกข้อมูลทำการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการ และ/หรือ ทำการผ่าตัด ลงในเอกสารที่โรงพยาบาล สถาบัน หรือหน่วยงานกำหนด

ข้อ ๕ การบันทึกข้อมูลตามข้อ ๔ ต้องทำให้เข้าใจได้ง่าย แต่กรณีการใช้ภาษาในการบันทึก จะใช้ภาษาอังกฤษ ภาษาไทย หรือภาษาอื่นใดก็ได้

การบันทึกข้อมูลจะต้องเป็นข้อมูลจริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ และเป็นข้อมูลจริงของการทำหัตถการ และ/หรือ การผ่าตัดครั้งนั้น

ต้องมีการลงลายมือชื่อ รหัส หรือบาร์โค้ด ของแพทย์ผู้รับผิดชอบการทำหัตถการ และ/หรือ การผ่าตัด ซึ่งอาจจะเป็นแพทย์ผู้ทำหัตถการและ/หรือ แพทย์ผู้ผ่าตัด หรือแพทย์ผู้ช่วยเพื่อรับรองข้อมูลที่บันทึก ทั้งนี้การรับรองข้อมูลต้องทำภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นโดยมิชักช้า แพทย์ผู้รับผิดชอบต้องลงนามกำกับโดยมิชักช้า

ข้อ ๖ ข้อมูลที่จำเป็นในการบันทึกการทำหัตถการและการผ่าตัดที่ต้องปรากฏในเวชระเบียนทุกครั้งของการทำหัตถการและการผ่าตัด มีดังต่อไปนี้

๖.๑ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

(๑) ชื่อและนามสกุล

(๒) อายุ

(๓) หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล (Hospital Number : HN)

๖.๒ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และ/หรือ ภาวะที่ต้องรับการทำหัตถการ และ/หรือ การผ่าตัด

(๑) การวินิจฉัยก่อนการกระทำ

(๒) การวินิจฉัยภายหลังการกระทำ

๖.๓ ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ และ/หรือ การผ่าตัด

(๑) ชื่อผู้ทำหัตถการและ/หรือ ผ่าตัด

(๒) ชื่อผู้ให้การระงับความรู้สึก การระงับความเจ็บปวด และการสงบประสาท

๖.๔ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการและการผ่าตัด

(๑) ชื่อและชนิดหัตถการและ/หรือการผ่าตัด

(๒) วันและเวลาที่เริ่มและเลิกการกระทำ

(๓) รายละเอียดของการกระทำ

(๔) สิ่งที่ตรวจพบ

(๕) วิธีการระงับความรู้สึก วิธีการระงับความปวด และการสงบประสาท

๖.๕ ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขหรือรักษาภาวะแทรกซ้อน (ถ้ามี)

๖.๖ การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (ถ้ามี)

๖.๗ ลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูล

ข้อ ๗ คำแนะนำประกอบการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการทำหัตถการและการผ่าตัดในข้อ ๖ ให้  
พิจารณารายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๑

ข้อ ๘ ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลของการทำหัตถการและการผ่าตัด ให้พิจารณารายละเอียดใน  
เอกสารแนบท้ายประกาศตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๒

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์)

นายกแพทยสภา

คำอธิบายประกอบการบันทึกข้อมูลที่เป็นในการทำหัตถการและการผ่าตัด  
(ตามข้อ ๗ ของประกาศ)

๖.๑ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

มีเพื่อใช้ระบุตัวผู้ป่วย อาจมีข้อมูลมากหรือน้อยกว่าที่ระบุไว้ในหัวข้อ ข้อมูลที่เป็นในการทำหัตถการและการผ่าตัด ก็ได้ แต่ต้องมากพอที่จะสามารถระบุตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการ  
ทำหัตถการ และ/หรือผ่าตัดผู้ป่วยผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดอวัยวะ หรือผิดคน

๖.๒ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และ/หรือ ภาวะที่ต้องรับการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัด

ควรลงให้ครบทั้งการวินิจฉัยก่อนและหลังการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัด ข้อมูลการวินิจฉัย  
ภายหลังการทำหัตถการและ/หรือการผ่าตัด ควรเขียนให้ชัดเจนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตัวอย่างเช่น ก่อน  
ผ่าตัด อาจวินิจฉัยว่า Acute appendicitis แต่ภายหลังการผ่าตัดพบว่าไส้ติ่งเริ่มมีหนอง ควรวินิจฉัยว่า Acute  
suppurative appendicitis หรือก่อนผ่าตัดวินิจฉัยว่า Myoma Uteri แต่ภายหลังการผ่าตัด ทำให้สามารถ  
บอกตำแหน่งของก้อนเนื้องอกได้ว่าอยู่ชิดเข้าไปในโพรงมดลูก ควรวินิจฉัยว่า Submucous Myoma Uteri  
 เป็นต้น

ทั้งนี้เพื่อความถูกต้องในการระบุพยาธิสภาพที่ชัดเจน และเป็นประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่า  
รักษาพยาบาล การจัดทำสถิติ และการพิจารณามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๖.๓ ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัด

(๑) ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการและการผ่าตัด ต้องบันทึกชื่อแพทย์ผู้ทำ และแพทย์ผู้ช่วยให้  
ชัดเจน และถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดโดยแพทย์หลายสาขา ให้แยกการบันทึกข้อมูล  
ผ่าตัดตามสาขานั้นๆ (ถ้ากระทำได้)

(๒) ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก การระงับความเจ็บปวด หรือการสงบประสาท ต้องบันทึกชื่อ  
แพทย์ผู้ทำและแพทย์ผู้ช่วยให้ชัดเจน และถูกต้องตามบทบาทหน้าที่

๖.๔ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการและการผ่าตัด

(๑) ชื่อและชนิด ต้องบันทึกชนิดของการทำหัตถการและ/หรือการผ่าตัดให้ถูกต้องชัดเจน เช่น การ  
ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดผ่านกล้อง หรือการผ่าตัดด้วยวิธีอื่นใด โดยต้องบันทึกชื่อการทำหัตถการและ/  
หรือการผ่าตัดให้ชัดเจน เช่น

การผ่าตัดคลอด ควรเขียนให้ชัดเจนว่า Low transverse cesarean section ไม่ใช่เขียนเพียง  
Cesarean section โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากลหรือไม่ได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไป

การผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อตัดถุงน้ำดีออก ควรเขียนให้ชัดเจนว่า Laparoscopic Cholecystectomy  
ไม่ใช่เขียนเพียง Cholecystectomy

(๒) ต้องระบุวันและเวลาที่เริ่มต้นจนถึงวันและเวลาที่เสร็จสิ้นการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัด  
ด้วยตัวเลขที่ชัดเจน ไม่ใช่ตัวเลขประมาณ ทั้งนี้นับแต่เริ่มต้นการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัดดังกล่าว *โดย  
ไม่รวมหรือเกี่ยวข้องกับ การเริ่มการระงับความรู้สึก การระงับความเจ็บปวด หรือการสงบประสาท*

(๓) รายละเอียดของการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัด ควรบันทึกให้มีเนื้อหามากพอที่จะทำให้  
ผู้อ่านเข้าใจได้ ถึงขั้นตอน วิธีการ และความยากง่าย ในการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อเป็น

ประโยชน์ในการรักษาต่อเนื่อง การคิดค่ารักษาพยาบาล และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาการทำเวชปฏิบัติของแพทย์ผู้ทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัด

(๔) สิ่งที่ต้องตรวจพบ ควรบรรยายให้ละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สำหรับการผ่าตัดที่มีวิธีการ ขั้นตอน และรูปแบบ ที่ค่อนข้างแน่นอน เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า อาจใช้วิธีการบันทึกด้วย Checklist จะทำให้ไม่หลงลืมในประเด็นสำคัญที่จะต้องบันทึก ซึ่งสามารถใช้รูปถ่าย รูปวาด ประกอบในสิ่งตรวจพบเพื่อทำให้มองเห็นภาพและเข้าใจได้ง่ายขึ้น

(๕) วิธีการระงับความรู้สึก วิธีระงับความปวด และการสงบประสาท

เฉพาะในกรณีที่มีการใช้ยาสงบประสาท (sedation) จะต้องระบุชื่อยา ปริมาณยา วิธีการให้ยา เวลาเริ่มให้ยา และการบันทึกสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการเฝ้าระวังภายหลังการให้ยาจนผู้ป่วยฟื้นคืนสติร่วมด้วย

๖.๕ ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขหรือรักษาภาวะแทรกซ้อน (ถ้ามี)

ควรบันทึกให้มีเนื้อหามากพอที่จะทำให้ผู้อ่านเข้าใจได้ถึงภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวว่าเกิดจากอะไร รวมทั้งการแก้ไขหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นได้ทำอย่างไร ผลการแก้ไขเป็นอย่างไร หรือต้องรับการดูแลรักษาภายหลังการทำหัตถการหรือการผ่าตัดอย่างไร

ในกรณีที่ไม่มี การบันทึกหรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริงตามวรรคหนึ่ง ผู้ควบคุมการผ่าตัดอาจต้องรับผิดชอบด้านจริยธรรม

๖.๖ การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ต้องบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลในทุกการทำหัตถการ และการผ่าตัดว่ามี การส่งชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยาหรือไม่

๖.๗ ลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบข้อมูล

ภายหลังบันทึกข้อมูลของการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัดแล้ว ต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบการกระทำดังกล่าว ซึ่งอาจจะเป็นแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือแพทย์ผู้ช่วย โดยหลีกเลี่ยงการใช้ลายมือชื่อที่มาโดยการคัดลอกมาจากลายมือที่เขียนเตรียมไว้ก่อนแล้วในรูปแบบใดก็ตาม

ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลของการทำหัตถการและการผ่าตัด

(ตามข้อ ๘ ของประกาศฯ)

- (๑) ตัวอย่างแบบบันทึกการทำหัตถการ
- (๒) ตัวอย่างแบบบันทึกการผ่าตัดทั่วไป
- (๓) ตัวอย่างแบบบันทึกการผ่าตัดกรณีเฉพาะ ๑
- (๔) ตัวอย่างแบบบันทึกการผ่าตัดกรณีเฉพาะ ๒
- (๕) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการทำหัตถการ ๑
- (๖) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการทำหัตถการ ๒
- (๗) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการทำหัตถการ ๓
- (๘) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการผ่าตัด ๑
- (๙) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการผ่าตัด ๒

\*หมายเหตุ เอกสารแนบท้ายประกาศ ๒ นี้ สามารถ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพื่อให้สอดคล้องกับการทำหัตถการ และ/หรือการผ่าตัด ในผู้ป่วยแต่ละรายได้

(๑) ตัวอย่างแบบบันทึกการทำหัตถการ

PROCEDURE NOTE			
Patient :	_____	Age _____	HN _____
Date of procedure :	_____		
Start operative time :	_____	End operative time :	_____
Pre-Operative diagnosis :	_____		
Post-operative Diagnosis :	_____		
Operation :	_____		
Surgeon :	_____	Assistant :	_____
Anesthesiologist :	_____	Anesthesia :	_____
Incision :	_____		
Findings :	_____		
Procedure :	_____		
	_____		
	_____		
Complications :	_____		
Specimen :	_____		
Estimated blood loss :	_____		
Surgeon/Assistant _____	Staff ID _____	Date _____	Time _____

## (๒) ตัวอย่างแบบบันทึกการผ่าตัดทั่วไป

## GENERAL OPERATIVE NOTE

Patient Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ Ward \_\_\_\_\_

Date of operation \_\_\_\_\_ Start operative time \_\_\_\_\_ End operative time \_\_\_\_\_

Pre-operative diagnosis \_\_\_\_\_

Post-operative diagnosis \_\_\_\_\_

Operation \_\_\_\_\_

Surgeon \_\_\_\_\_ 1<sup>st</sup> Assistant \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Assistant \_\_\_\_\_

Anesthesiologist \_\_\_\_\_ Anesthesia \_\_\_\_\_

Scrub nurse \_\_\_\_\_ Circulating nurse \_\_\_\_\_

Tourniquet time : Start \_\_\_\_\_ Stop \_\_\_\_\_ Sponge count \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_

Incision \_\_\_\_\_

## Specimens

- No Specimen
- Yes ;  Routine \_\_\_\_\_
- Frozen section \_\_\_\_\_
- Cytology \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

Operative Findings \_\_\_\_\_

Procedure \_\_\_\_\_

## Intra- operative Complications

Estimated blood loss \_\_\_\_\_ ml.

Surgeon/Assistant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_



## (๓) ตัวอย่างแบบบันทึกการผ่าตัดกรณีเฉพาะ ๑

## OPERATIVE NOTE FOR CESAREAN SECTION

Patient Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ Ward \_\_\_\_\_

Date of Operation \_\_\_\_\_ Start operative time \_\_\_\_\_ End operative time \_\_\_\_\_

Pre-operative diagnosis \_\_\_\_\_

Post-operative diagnosis \_\_\_\_\_

Operation \_\_\_\_\_

Surgeon \_\_\_\_\_ 1st Assistant \_\_\_\_\_ 2nd Assistant \_\_\_\_\_

Anesthesiologist \_\_\_\_\_ Anesthesia \_\_\_\_\_

Scrub nurse \_\_\_\_\_ Circulating nurse \_\_\_\_\_ Sponge count \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_

Incision \_\_\_\_\_

Specimens  Pathological exam  No specimen  Yes  
 Other \_\_\_\_\_

## Operative finding

Gravid uterus  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_Lower uterine segment  Well form  Not well form \_\_\_\_\_Amniotic fluid \_\_\_\_\_ ml  Clear  Thin meconium  Thick meconiumFetus  1  2  3 Male  Female

Body Weight \_\_\_\_\_ gm. Apgar score 1 min \_\_\_\_\_

Presentation  Cephalic  Breech  Transverse  Other \_\_\_\_\_Placenta Implant  Fundus  Anterior  Posterior  Low Lying Placenta previa totalis

Placenta and membranes Weight \_\_\_\_\_ gms.

Gross appearance  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_  Complete  IncompleteCord length \_\_\_\_\_ cms. Cord insertion  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_Cord vessels  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_Tube Right  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_Left  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_Ovaries Right  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_Left  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

Procedure \_\_\_\_\_

Intra-operative complications \_\_\_\_\_

Estimate blood loss \_\_\_\_\_ ml.

Surgeon/Assistant \_\_\_\_\_ Staff ID \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

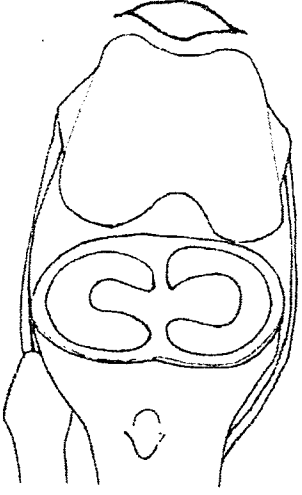
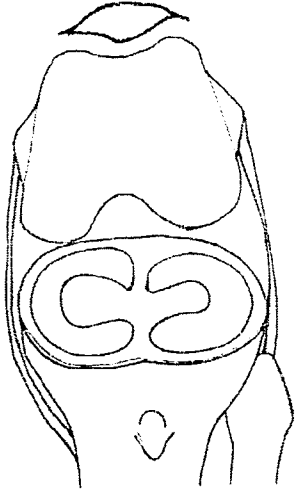
(๔) ตัวอย่างแบบบันทึกการผ่าตัดกรณีเฉพาะ ๒

**OPERATIVE NOTE FOR KNEE SURGERY**

Patient Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ Ward \_\_\_\_\_  
 Date of operation \_\_\_\_\_ Time started \_\_\_\_\_ Time ended \_\_\_\_\_ Operative room \_\_\_\_\_  
 Diagnosis 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 Operative procedure 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 Surgeon \_\_\_\_\_ Assistant 1. \_\_\_\_\_ Assistant 2. \_\_\_\_\_  
 Anesthesia type \_\_\_\_\_ Anesthesiologist \_\_\_\_\_  
 Scrub Nurse \_\_\_\_\_ Circulating Nurse \_\_\_\_\_

Position:  Supine  Other \_\_\_\_\_  
 Incision:  
 • Standard knee arthroscopic portal  
 Anteromedial portal;  standard,  accessory  
 Anterolateral portal  Superolateral portal  
 Posteromedial portal  Posterolateral portal  
 Other portals \_\_\_\_\_  
 • Harvested-site incision  
 Oblique incision at anteromedial aspect of proximal leg (Hamstring)  
 Midline incision (BPTB / Quadriceps autograft)  
 • Others incision \_\_\_\_\_  
 Finding:  
 • EUA  
 Instability test  
 Drawer test  
 Anterior \_\_\_\_\_  Posterior \_\_\_\_\_  
 Lachman test \_\_\_\_\_ Reverse Lachman test \_\_\_\_\_  
 Pivot shift test \_\_\_\_\_ Reverse Pivot shift test \_\_\_\_\_  
 Varus stress test 0 degree \_\_\_\_\_ 30 degree \_\_\_\_\_  
 Valgus stress test 0 degree \_\_\_\_\_ 30 degree \_\_\_\_\_  
 Dial test 30 degree \_\_\_\_\_ 90 degree \_\_\_\_\_  
 Range of motion  
 F/E = \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 • Anterior Cruciate Ligament (ACL)  
 Normal  Loose  Torn  Pseudolaxity  
 • Posterior Cruciate Ligament (PCL)  
 Normal  Loose  Torn  
 • Medial Meniscus  
 Normal  Torn  
 Radial  Longitudinal  Horizontal  Complex  
 Meniscal root  Bucket handle  
 • Lateral Meniscus  
 Normal  Torn  
 Radial  Longitudinal  Horizontal  Complex  
 Meniscal root  Bucket handle  
 • Medial plica  
 None  Present  Present with sign of pathology

Procedure:  
 • Arthroscopic ACL reconstruction →  yes  none  
 Technique  Transtibial  Transportal  
 Anatomic single bundle  Anatomic double bundle  
 Graft type  
 BPTB  Hamstring  Peroneus longus  \_\_\_\_\_  
 Graft Diameter; Femoral side \_\_\_\_\_ mm,  
 Tibial side \_\_\_\_\_ mm, Graft length \_\_\_\_\_ cm  
 Triple  Quadruple  Other \_\_\_\_\_  
 Femoral fixation technique  
 Endobutton \_\_\_\_\_ mm  
 Interference screw  
 Metallic  Bioabsorbable  HA  Other \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_  
 Tibial fixation technique  
 Interference screw, size \_\_\_\_\_ mm X \_\_\_\_\_ mm.  
 Metallic  Bioabsorbable  HA  Other \_\_\_\_\_  
 Suture to the post  Other \_\_\_\_\_  
 • PCL reconstruction →  yes  none  
 Technique  Transportal  Open inlay / onlay  
 Single bundle  Double bundle  
 Graft type  
 Quadriceps  Hamstring  Peroneus longus  
 Other \_\_\_\_\_  
 Graft Diameter; Femoral side \_\_\_\_\_ mm,  
 Tibial side \_\_\_\_\_ mm, Graft length \_\_\_\_\_ cm  
 Triple  Quadruple  Other \_\_\_\_\_  
 Femoral fixation technique  
 Endobutton \_\_\_\_\_ mm  
 Interference screw  
 Metallic  Bioabsorbable  HA  Other \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_  
 Tibial fixation technique  
 Interference screw, size \_\_\_\_\_ mm X \_\_\_\_\_ mm.  
 Metallic  Bioabsorbable  HA  Other \_\_\_\_\_  
 Tibial inlay \_\_\_\_\_  
 Suture to the post  Other \_\_\_\_\_

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Right knee</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Left knee</b></p>  </div> </div> <p>• Other  <input type="checkbox"/> Loose body <input type="checkbox"/> ELPS <input type="checkbox"/> _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meniscal surgery → <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> none <ul style="list-style-type: none"> <li>Medial meniscus</li> <li><input type="checkbox"/> Repair <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inside-out <input type="checkbox"/> Outside-in <input type="checkbox"/> All-inside (suture material _____)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Partial meniscectomy</li> <li><input type="checkbox"/> Complete meniscectomy</li> <li><input type="checkbox"/> Other _____</li> </ul> </li> <li>Lateral meniscus</li> <li><input type="checkbox"/> Repair <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inside-out <input type="checkbox"/> Outside-in <input type="checkbox"/> All-inside (suture material _____)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Partial meniscectomy</li> <li><input type="checkbox"/> Complete meniscectomy</li> <li><input type="checkbox"/> Other _____</li> </ul> <li>• Medial plica resection <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> None</li> </ul> </li> <li>• Other procedure <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Loose body removal <input type="checkbox"/> Lateral retinacular release</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> </ul> </li>
<p>• <b>Drain:</b>  <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Intra-articular</p>	<p>• <b>Immobilization:</b> <input type="checkbox"/> None  <input type="checkbox"/> Jone's compression splint <input type="checkbox"/> Knee brace  <input type="checkbox"/> slab or cast</p>
<p><b>Complication:</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other _____ <span style="float: right;"><b>EBL:</b> _____ ml.</span></p> <p>Culture specimens <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> yes  Pathological specimens <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> yes</p>	
<p>Surgeon/Assistant _____ Staff ID _____ Date _____ Time _____</p>	

## (๕) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการทำหัตถการ ๑

## PROCEDURE NOTE : TONGUE-TIE

Patient : เด็กหญิงน่ารัก มีแววสวย

Date of procedure : 21 ต.ค. 2563

Start operative time : 10.00 น.

End operative time : 10.15 น.

Pre-Operative diagnosis : Tongue-tie

Post-operative Diagnosis : Tongue-tie

Operation : Frenulotomy

Surgeon : แพทย์หญิงรักเด็ก ใจดี

Assistant -

Anesthesiologist : แพทย์หญิงรักเด็ก ใจดี

Anesthesia : Local applying of 2% lidocaine

Incision : Sublingual

Findings : Severe tongue-tie as shown in the picture



## Procedure :

After applying 0.2 ml. of 2% lidocaine jelly to the ventral side of the tongue, the patient was placed on supine position with eye covered. Hibitane in water was painted around the mouth and sterile drape was applied. Exposure was gained by placing the surgeon's and assistant's fingers under the tongue. The frenulum was crushed with care taken to avoid Wharton's duct injury. The frenulum was out and the tongue was further mobilized with blunt dissection using playfair. Bleeding was controlled by packing a 4X4 gauze over the tongue for 10 minutes. Bleeding was checked after removal of the gauze. The patient was returned to the mother for evaluation of the sucking quality.

Complications : None

Specimen : No

Estimated blood loss : minimal

## (๖) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการทำหัตถการ ๒

## PROCEDURE NOTE (ภาษาอังกฤษ) : LIPOMA

Patient : นางจันทร์ เหลืองอร่าม                      Age 36 yr                      HN 63-123456

Date of procedure : 21 ต.ค. 2563

Start operative time : 10.00 น.                      End operative time : 10.15 น.

Pre-Operative diagnosis :                      *Right arm lipoma*

Post-operative Diagnosis :                      *Multiple right arm lipoma*

Operation :                      *Excision*

Surgeon : แพทย์หญิงละอียด มุ่งงาน                      Assistant : นักศึกษาแพทย์ชั้น รักเรียน

Anesthesiologist : แพทย์หญิงละอียด มุ่งงาน                      Anesthesia : *Local 1% lidocaine injection*

Incision :                      *Longitudinal skin incision*

Findings :                      *Fifteen pieces of soft, predominantly fatty yellow tissue ranging from 0.9 cm. to 3 cm. in greatest diameter as shown in the picture.*



**Procedure :**

*The patient was placed on the operating table in the supine position. Her right arm was prepared and draped in the usual sterile fashion, and anesthetized with 10 cc. of 1% lidocaine with bicarbonate. A longitudinal incision was made measuring 3 cm and carried down through the skin and subcutaneous tissues, and the underlying lipoma was dissected away from the surrounding tissues and removes. Parts of the lipoma were intermingled with surrounding tissues, requiring these areas to be pulled out. Hemostasis then was ensured and the inner wound closed with Vicryl No.2-0, followed by skin closer using 4 stitches of Nylon No.3-0 and wound dressing with a Tegaderm . The patient tolerated the procedure well and was taken to the recovery room in stable condition.*

**Complications :**                      *None*

**Specimen :**                      *All the specimens mentioned above were sent for pathologic examination.*

**Estimated blood loss :**                      *minimal*

## (๗) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการทำหัตถการ ๓

## PROCEDURE NOTE (ภาษาไทย) : LIPOMA

ผู้ป่วย : นางจันทร์ เหลืองอร่าม อายุ 36 ปี เลขที่โรงพยาบาล 63-123456  
 วันที่ทำหัตถการ : 21 ต.ค. 2563 เวลาที่เริ่ม : 10.00 น. เวลาที่เลิก : 10.15 น.  
 การวินิจฉัยก่อนทำหัตถการ : lipoma ที่แขนข้างขวา  
 การวินิจฉัยหลังทำหัตถการ : lipoma ที่แขนข้างขวา  
 หัตถการ : Excision  
 แพทย์ผู้ทำหัตถการ : แพทย์หญิงละอียด มุ่งงาน ผู้ช่วย : นักศึกษาแพทย์ชยัน รักเรียน  
 แพทย์ผู้ระงับความเจ็บปวด : แพทย์หญิงละอียด มุ่งงาน วิธีการระงับ : Local 1% lidocaine injection  
 การลงมีดแผลผ่าตัด : แผลตามยาวขนานกับแขน  
 สิ่งตรวจพบ : ก้อนไขมันสีเหลืองขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางแตกต่างกันตั้งแต่ 0.9 จนถึง 3 เซนติเมตร จำนวนรวม 15 ก้อน  
 ดังรูป



## ขั้นตอนและวิธีการ:

ให้ผู้ป่วยนอนหงาย จากนั้นทำความสะอาดแขนข้างขวาและปูผ้าเจาะกลางคลุมแขนโดยให้บริเวณเจาะกลางของผ้าอยู่บริเวณที่จะทำหัตถการ ฉีด 1% lidocaine 10 cc. เข้าผิวหนังที่คลุมรอบบริเวณก้อนเนื้อออก กรีดมีดที่ผิวหนังบริเวณดังกล่าวในแนวขนานกับแขนยาว 3 เซนติเมตร แล้วกรีดมีดให้ลึกลงไปใต้ผิวหนังจนถึงบริเวณที่ก้อนเนื้ออยู่ จากนั้นใช้กรรไกรค่อยๆ ตัดแยกก้อนเนื้อออกออกจากเนื้อเยื่อข้างเคียงแล้วดึงก้อนเนื้อออกออกมา หลังจากนั้นตรวจดูจุดเลือดออก พบว่ามีเลือดออกน้อยมาก หยุดได้ด้วยการใช้หัวจี้ไฟฟ้า ทำการเย็บแผลชั้นในด้วย Vicryl No.2-0 และเย็บแผลผิวหนังด้วย Nylon No.3-0 จำนวน 4 เข็ม ปิดแผลผิวหนังด้วย Tegaderm ตามลำดับ ผู้ป่วยทนต่อการทำหัตถการได้ดีและถูกนำไปส่งเอกอการที่ห้องพักฟื้น

ภาวะแทรกซ้อน : ไม่มี

การส่งชิ้นเนื้อ : ชิ้นเนื้อทุกก้อนถูกส่งตรวจทางพยาธิวิทยาโดยรวมในถุงเดียวกัน

การเสียเลือด: น้อยมาก บอกปริมาณไม่ได้

## (๘) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการผ่าตัด ๑

## GENERAL OPERATIVE NOTE : TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

Patient Name นางระทม เลือดจาง Age 44 yr HN 12-345678  
 Date of Operation 21 October 2020 Start operative time 10.00 AM End operative time 11.00 AM  
 Pre operative diagnosis Myoma Uteri  
 Post operative diagnosis Multiple Intramural and submucous myoma uteri  
 Operation TAH & BSO  
 Surgeon นายแพทย์ ก 1<sup>st</sup> Assistant แพทย์หญิง ข 2<sup>nd</sup> Assistant นักศึกษาแพทย์ค.  
 Anesthesiologist นายแพทย์ ง Anesthesia Spinal anesthesia  
 Scrub nurse นางสาว จ. Circulating nurse นางสาว ช  
 Position Dorsal supine position  
 Incision Pfannenstiel skin incision

## Operative findings.

1. Multiple nodules of intramural and submucous myoma uteri scattering in the uterine wall ranging from 0.9 cm to 3 cm in greatest diameter.
2. Both adnexal complexes were unremarkable.

## Procedure

After obtaining informed consent, the patient was taken to the operating room and placed in the supine position, given general anesthesia and prepped and draped in sterile fashion.

A Pfannenstiel incision was made 2 cm above the symphysis pubis and extended sharply to the rectus fascia. The fascial incision was bilaterally incised with curved Mayo scissors, and the rectus sheath was separated superiorly and inferiorly by sharp and blunt dissection. The peritoneum was grasped between two Kelly clamps, elevated, and incised with a scalpel. The pelvis was examined with findings noted above. A Balfour retractor was placed into the incision, and the bowel was packed away with moist laparotomy sponges. Two Kocher clamps were placed on the cornua of the uterus and used for retraction.

The round ligaments on both sides were clamped. Sutured with #0 Vicryl, and transected. The anterior leaf of the broad ligament was incised along the bladder reflection to the midline from both sides and the bladder was gently dissected off the lower segment and cervix with a sponge stick.

The retroperitoneal space was opened and the ureters were identified bilaterally. The infundibulopelvic ligaments on both sides were then doubly clamped, transected, and doubly ligated with #0 Vicryl. Excellent hemostasis was observed. The uterine arteries were skeletonized bilaterally, clamped with Heaney clamps, transected, and sutured with #0 Vicryl. The uterosacral ligaments were clamped bilaterally, transected, and suture ligated in a similar fashion.

The cervix and uterus was amputated, and the vaginal cuff angles were closed with figure-of-eight stitches of #0 Vicryl, and then were transfixed to the ipsilateral cardinal and uterosacral ligament. The vaginal cuff was closed with a series of interrupted #0 Vicryl, figure-of-eight sutures. Excellent hemostasis was obtained.

The pelvis was copiously irrigated with warm normal saline, and all sponges and instruments were removed. The parietal peritoneum was closed with running #2-0 Vicryl. The fascia was closed with running #0 Vicryl. The skin was closed with staples. Sponge, needle, swab, and instruments counts were correct times two. The patient was taken to the recovery room, awake and in stable condition.

**Intra-operative Complications :** None

Estimated blood loss 150 Milliliter (ml.)

Surgeon/Assistant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_



## (๙) ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการผ่าตัด ๒

## OPERATIVE NOTE FOR CESAREAN SECTION

Patient Name นางสมหญิง มีบุตร Age 35 Yr HN 63-111222 Ward 6B  
 Date of Operation 21 October 2020  
 Start operative time 10.00 AM End operative time 11.00 AM  
 Pre operative diagnosis Placenta previa totalis  
 Post operative diagnosis Placenta previa posterior totalis  
 Operation Primary low segment transverse cesarean section  
 Surgeon นพ.เก่ง สุติกรรม 1<sup>st</sup> Assistant พ.ญ.ชยัน รอช่วย 2<sup>nd</sup> Assistant นศพ. สนใจ สุติศาสตร์  
 Anesthesiologist นายแพทย์ชำนาญ ระวังความปลอดภัย Anesthesia Spinal anesthesia  
 Scrub nurse นางสาวใสใจ ส่งเครื่องมือ Circulating nurse น.ส.ประสาน รอบตัว  
 Sponge count  
 Position Dorsal supine position incision Pfannenstiel skin incision  
 Operative finding  
 Gravid uterus  Normal  Abnormal  
 Lower uterine segment  Well formed  Not well formed  
 Amniotic fluid  Clear  Thin meconium  Thick meconium  
 Fetus  1  2  3  
 Male  Female  
 Body Weight 3000 gm. Apgar score 1 min 9  
 Presentation  Cephalic  Breech  Transverse  Other\_\_\_\_  
 Placenta Implant  Fundus  Anterior  Posterior  Low Lying  
 Placenta previa totalis  
 Placenta and membranes Weight 500 gms.  
 Gross appearance  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_  Complete  Incomplete  
 Tube Right  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_  
 Left  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_  
 Ovaries Right  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_  
 Left  Normal  Abnormal \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_

**Procedure/ Operative Findings**

*After assuring informed consent , the patient was taken to the operating room and spinal anesthesia was initiated. The patient was placed in the dorsal supine position with left lateral tilt. The abdomen was prepped and draped in sterile fashion.*

*A Pfannensteil skin incision was made with a scalpel and carried through to the level of fascia. The fascial incision was extended bilaterally with Mayo scissors. The fascial incision was then grasped with the Kocher clamps, elevated ,and sharply and bluntly dissected superiorly and inferiorly from the rectus muscle.*

*The rectus muscle were then separated in the midline, and the peritoneum was tented up, and entered sharply with Metzenbaum scissors. The peritoneal incision was extended superiorly and inferiorly with good visualization of the bladder.*

*A bladder blade was then insertes, and the vesicouterine peritoneum was identified, grasped with the pick-ups ,and entered sharply with the Metzenbaum scissors. This incision was then extended laterally, and a bladder flap was created. The bladder was retracted using the bladder blade .The lower uterine segment was incised in a transverse fashion with the scalpel, then, extended bilaterally with bandage scissors. The bladder blade was removed, and the infant head was delivered atraumatically. The nose and mouth were suctioned and the cord clamped and cut. The infant was handed off to the pediatrician.*

*The placenta was then removed manually and the uterus was exteriorized and cleared of all clots and debris. The uterine incision was repaired with 1-0 chromic in a running locking fashion. A second layer of 1-0 chromic was used to obtain hemostasis. The bladder flap was repaired with a 3-0 Vicryl in a running fashion. The cul-de-sac was cleared of clots and the uterus was returned to the abdomen. The peritoneum was closed with 3-0 Vicryl. The fascia was reapproximated with 0 Vicryl in a running fashion.*

*The patient tolerated the procedure well. Needle and sponge counts were correct times two. A sterile dressing was placed over the incision.*

**Complication :** *none*

**Intra-operative complications :** *none*

**Estimate blood loss :** *800 ml. No blood replaced*

**Surgeon/Assistant** \_\_\_\_\_ **Staff ID** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_ **Time** \_\_\_\_\_