เอกสารประกอบการอบรม

43++

นายวสันต์ สายทอง
นายณรงค์ เจริญ
นายไพบูลย์ ไวกยี

43 TABLES++ TO DATA ANALYTIC & DATA VISUALIZATION

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

Copyright @ 2014 HDC.
All rights reserved.

CONTENTS

- 43 TAbles++ TO Data Analytic 3
- ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 3
- รายละเอียดโครงสร้าง 43 แฟ้ม Ver 2.3 4
- สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป 4
  - แฟ้มสะสม 5
  - แฟ้มบริการ 22
  - แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ 32
  - แฟ้มนโยบาย 36
  - แฟ้มแก้ไข 36

43 TABLES++ TO DATA ANALYTIC

คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการ	ความหมาย
No (1)	ลำดับที่
CAPTION (2)	หัวข้อ
DESCRIPTION (3)	คำอธิบาย
ควรบันทึก (4)	การบันทึกข้อมูลเพื่อออกรายงานที่สมบูรณ์ ใช้ในการค้นหาสอบสวน หรืออ้างอิงในกรณีต่างๆ
NAME (5)	ชื่อฟิลด์
PK (6)	Primary Key (ฟิลด์ที่ระบุความไม่ซ้ำกันของข้อมูล) ระบุความไม่ว่างสถานะ Y / ว่างไม่ระบุสถานะ
TYPE (7)	ชนิดข้อมูล (D = Date, DT = Date time, C = Character, N = Number)
WIDTH (8)	ความกว้างของฟิลด์ (โดยระบุY)
NOT NULL (9)	ฟิลด์ที่ระบุความไม่ว่าง (สถานะY) / ว่าง (ไม่ระบุสถานะ)

ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ

ลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละสถานบริการ

สามารถแบ่งเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม(สำรวจ) แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ แฟ้มตามนโยบาย และแฟ้มแก้ไข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แฟ้มสะสม(สำรวจ) กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 10 แฟ้ม
2. แฟ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 26 แฟ้ม
3. แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 14 แฟ้ม
4. แฟ้มตามนโยบาย เป็นการเก็บข้อมูลตามนโยบาย ที่ถูกพิจารณาเป็นเรื่องๆ ไป มีจำนวน 1 แฟ้ม
5. แฟ้มแก้ไข เป็นแฟ้มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละแฟ้ม เช่น กรณีพบข้อมูลผิดพลาดต้องการแก้ไขข้อมูลรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดโครงสร้าง 43 แฟ้ม Ver 2.3

รายละเอียดตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม เวอร์ชั่น 2.3 ที่ถูกประกาศ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีการย้าย 2 แฟ้มสะสม คือ แฟ้ม ADDRESS และ DEATH ไปอยู่แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ และย้าย 2 แฟ้มบริการ คือ แฟ้ม LABFU กับ CHRONICFU ไปอยู่แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ทำให้แฟ้มบริการกึ่งสำรวจที่เดิมมี 10 แฟ้ม เพิ่มขึ้นมาเป็น 14 แฟ้มรวมทั้งหมด 52 แฟ้ม

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป(นอกเหนือ)..

นอกจากการปรับเปลี่ยนประเภทของแฟ้ม ทั้งในส่วนแฟ้มสะสม แฟ้มบริการ และแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ตามที่กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีการปรับปรุงในส่วนของแฟ้มบริการทั้งหมด โดยมีการเพิ่มเติม (เลขประจำตัวประชาชน) ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจาตัวบุคคลหมายเหตุ : เป็นเลขจานวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย) เข้าไปในแฟ้มบริการ และมีการปรับย้ายการส่งออกข้อมูลเดิมไปอยู่บางแฟ้มเพิ่มเติม เช่น หมายเลขโทรศัพท์ จากเดิมในแฟ้ม ADDRESS ให้มาอยู่ในแฟ้ม PERSON เช่น TELEPHONE เบอร์โทรศัพท์ และ MOBILE เบอร์โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น และถ้าดูรายละเอียดในบางแฟ้ม จะพบว่ามีการเพิ่ม ปรับ ลด PRIMARY KEY ในบางแฟ้มด้วย

- **แฟ้มสะสม**

แฟ้มสะสม(สำรวจ) กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 10 แฟ้ม

PERSON

โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อแฟ้ม (1)	**PERSON** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบ และผู้ที่มาใช้บริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ 2. ประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ 3. ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. การสำรวจดำเนินการดังนี้ 1.1 สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 1.2 กรณีที่ไม่ได้อยู่ในช่วงระยะเวลาสำรวจแต่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงประชากร เช่น เกิด ตาย ย้ายเข้า ย้ายออก ให้บันทึกและส่งภายในรอบเดือนนั้นๆ 2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม เช่น เปลี่ยนสถานะเป็นตายให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	1. เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ ตาม กรณีดังนี้ 1.1 หน่วยบริการ ตั้งอยู่ตำบล ก. รับผิดชอบตำบล ก. บันทึกเฉพาะตำบล ก.เท่านั้น 1.2 หน่วยบริการ ตั้งอยู่ตำบล ก. รับผิดชอบตำบล ก. และตำบล ข. ให้บันทึกทั้งสองตำบล 1.3 หน่วยบริการ ตั้งอยู่ตำบล ก. แต่รับผิดชอบตำบล ข. ให้บันทึกเฉพาะตำบล ข. เท่านั้น 1.4 กรณีอื่นๆ ให้บันทึกเฉพาะ ตำบล หรือ หมู่บ้าน หรือ บ้านเลขที่ที่รับผิดชอบเท่านั้น

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างอ้างอิงตาม HID ในแฟ้ม HOME	✓	HID		C	14	
5	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ อ้างอิงมาตรฐานตามกรมการปกครอง	✓	PRENAME		C	3	Y
6	ชื่อ	ชื่อ	✓	NAME		C	50	Y
7	นามสกุล	นามสกุล	✓	LNAME		C	50	Y
8	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID		HN		C	15	
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	✓	SEX		C	1	Y
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และสามารถคำนวนเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้	✓	BIRTH		C	8	Y
11	สถานะสมรส	1 = โสด, 2 = คู่, 3 = หม้าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9 =ไม่ทราบ	✓	MSTATUS		C	1	
12	อาชีพ(รหัสเก่า)	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		OCCUPATION_OLD		C	3	

จากข้อมูลในตารางแฟ้ม PERSON ซึ่งถือเป็นแฟ้มตั้งต้น(แฟ้มหลัก) ที่จะเชื่อมโยงข้อมูลในแฟ้มบริการอื่นๆ เข้าด้วยกัน ปัญหาหลักๆ ของแฟ้มนี้เวลานำไปใช้ คงนี้ไม่พ้นข้อมูลส่วนบุคคล ที่หน่วยงานภาครัฐทั้งหลายมักเจอะเจอปัญหาเดียวกัน คือ การเข้าถึง การดูแล และการนำข้อมูลไปใช้ เมื่อไหร่ก็ตามที่มีส่วนหนึ่งส่วนใด ที่สามารถบ่งบอกถึงความเป็น(ส่วนบุคคล) จำเป็นต้องระมัดระวัง ตั้งแต่การนำเข้า การทำสำเนา การเผยแพร่เอาไว้ด้วย ส่วนในแฟ้มนี้จะเห็นว่าตัวที่เป็น PRIMARY KEY หลัก มี 2 ส่วน คือ HOSPCODE กับ PID เท่านั้น

- ตัวเลขหลักที่ 1 ประเภทของบุคคล

1= บุคคลที่เกิดและมีสัญชาติไทยและได้แจ้งเกิดภายในกำหนดเวลา

2= บุคคลที่เกิดและมีสัญชาติไทยได้แจ้งเกิดเกินกำหนดเวลา

3= คนไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในสมัยเริ่มแรก (ตั้งแต่ก่อนวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2527)

4= คนไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญคนต่างด้าว แต่แจ้งย้ายเข้าโดยยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชนในสมัยเริ่มแรก

5= คนไทยที่ได้รับอนุมัติให้เพิ่มชื่อเข้าไปในทะเบียนบ้านในกรณีตกสำรวจหรือกรณีอื่น ๆ

6= ผู้ที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย และผู้ที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายแต่อยู่ในลักษณะชั่วคราว

7= บุตรของบุคคลประเภทที่ 6 ซึ่งเกิดในประเทศไทย

8= คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย

0 = บุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร ไม่มีสัญชาติและยังไม่ได้รับการให้สัญชาติไทยได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้ชั่วคราว

- ตัวเลขหลักที่ 2 ถึงหลักที่ 5

  รหัสของสำนักทะเบียนหรืออำเภอที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนขณะที่ให้เลข

- ตัวเลขหลักที่ 6 ถึงหลักที่ 10

  กลุ่มของบุคคลแต่ละประเภทตำมหลักแรก

- ตัวเลขหลักที่ 11 ถึงหลักที่ 12

  ลำดับที่ของบุคคลในแต่ละกลุ่มประเภทเป็นกำรจัดลำดับ

- ตัวเลขหลักที่ 13 เป็นตัวเลขตรวจสอบควำมถูกต้องของเลขทั้ง 12 หลักแรก

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
13	อาชีพ(รหัสใหม่)	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	OCCUPATION_NEW		C	4	
14	เชื้อชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง		RACE		C	3	
15	สัญชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	✓	NATION		C	3	Y
16	ศาสนา	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	RELIGION		C	2	
17	ระดับการศึกษา	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	EDUCATION		C	2	
18	สถานะในครอบครัว	1 = เจ้าบ้าน , 2 = ผู้อาศัย		FSTATUS		C	1	
19	รหัส CID บิดา	รหัสบัตรประชาชนของบิดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	FATHER		C	13	
20	รหัส CID มารดา	รหัสบัตรประชาชนของมารดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	MOTHER		C	13	
21	รหัส CID คู่สมรส	รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส		COUPLE		C	13	
22	สถานะในชุมชน	1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ หมายเหตุ : กรณีที่เป็น อสม. และสถานะอื่นร่วมด้วย ให้ลงรหัส 2 เท่านั้น	✓	VSTATUS		C	1	
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่	วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และสามารถคำนวนเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้		MOVEIN		C	8	
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 =ไม่จำหน่าย หมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ที่ยังไม่จำหน่าย ให้เป็น 9	✓	DISCHARGE		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
25	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และสามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้ บันทึกเฉพาะกรณีสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (No.24) เป็น 1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สาบสูญ		DDISCHARGE		C	8	
26	หมู่เลือด	1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O, 9 = ไม่ทราบ	✓	ABOGROUP		C	1	
27	หมู่เลือด RH	1 = positive , 2 = negative	✓	RHGROUP		C	1	
28	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	✓	LABOR		C	2	
29	เลขที่ passport	เลขที่ passport หมายเหตุ : กรณีที่เป็นประชากรต่างด้าวที่มีเลขที่ passport		PASSPORT		C	20	
30	สถานะบุคคล	1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4= ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น หมายเหตุ กรณีที่เป็นต่างด้าวที่มาอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสามารถลงเป็น 3 ได้ กรณีต่างด้าวนอกเขตสามารถลงเป็น 4 ได้ กรณีที่ต่างด้าวมาอยู่ในทะเบียนบ้านสามารถลงเป็น 1 ได้	✓	TYPEAREA		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
31	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
32	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์		TELEPHONE		C	15	
33	เบอรโทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์มือถือ		MOBILE		C	15	

หมายเหตุ : ลำดับที่ 12 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

จะเห็นว่าแฟ้ม PERSON ที่เป็นแฟ้มหลัก ของทุกๆ ระบบข้อมูลก็ว่าได้ เรามักมีปัญหาไม่ต่างกัน ตั้งแต่เลขประชาชน 13 หลัก ที่มีให้เห็นหลากหลาย FORMAT ทั้งที่เป็นค่าว่าง เป็นค่าศูนย์ เลข 0 นำหน้าหรือหลายๆ ตัว หรือมีเลขซ้ำๆ กันทั้ง 13 หลัก ไม่ถูกหลัก MOD11 เป็นกลุ่มเลข GEN พอเอามานับ มาเชื่อมโยงบริการหรือ SETRVICE ทำให้ไม่สามารถทำได้ หรือวันเดือนปีเกิด ไม่ถูกต้อง ทำให้ปัญหาอายุเกิน 100 ปีหรือมากกว่า มีจำนวนมาก และในการบันทึกข้อมูลส่วนนี้ ก็ถูกประกาศไว้แล้วว่า FORMAT DATE คือ วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปี ค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และสามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้

ส่วนถัดมาที่สำคัญในการแยกกลุ่มเป้าหมาย ในแฟ้ม PERSON ได้แก่

- สถานะสมรส ที่เราจะแยก 1 = โสด, 2 = คู่, 3 = หม้าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9 =ไม่ทราบ ก็มีกรณีที่เอามานับการให้บริการ ในกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น พระภิกษุ โดยใช้ สถานะสมรส เท่ากับ สมณะ + คำนำหน้าชื่อ ที่มีอยู่ 800 กว่ารายการ เพื่อเอามาวิเคราะห์หรือแยกประเภท
- หรือในส่วนของเชื้อชาติ สัญชาติ ที่มักใช้หรือตั้งค่า DEFULT ของระบบ HIS ส่งออกมาเป็น ‘099’ ทำให้ถูกมานับเป็นเป้าหมายดำเนินการด้วย...ส่วนหนึ่ง
- สถานะในชุมชน 1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ หมายเหตุ : กรณีที่เป็น อสม. และสถานะอื่นร่วมด้วย ให้ลงรหัส 2 เท่านั้น
- สถานะ/สาเหตุการจาหน่าย 1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 =ไม่จาหน่ายหมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ที่ยังไม่จาหน่าย ให้เป็น 9

- สถานะบุคคล โดยเฉพาะฟิลล์ TYPEAREA ที่เป็นการระบุประเภทการอยู่อาศัย ตรงนี้เองที่เอามากำหนดเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ ตามเงื่อนไข TYPEAREA เท่ากับ 1,3 เป็นต้น

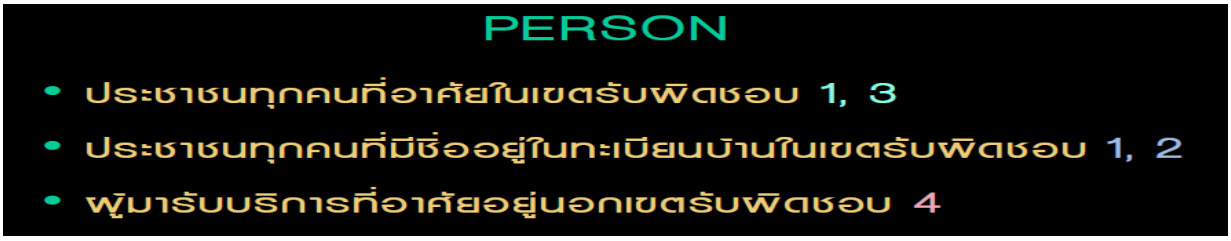
  1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง

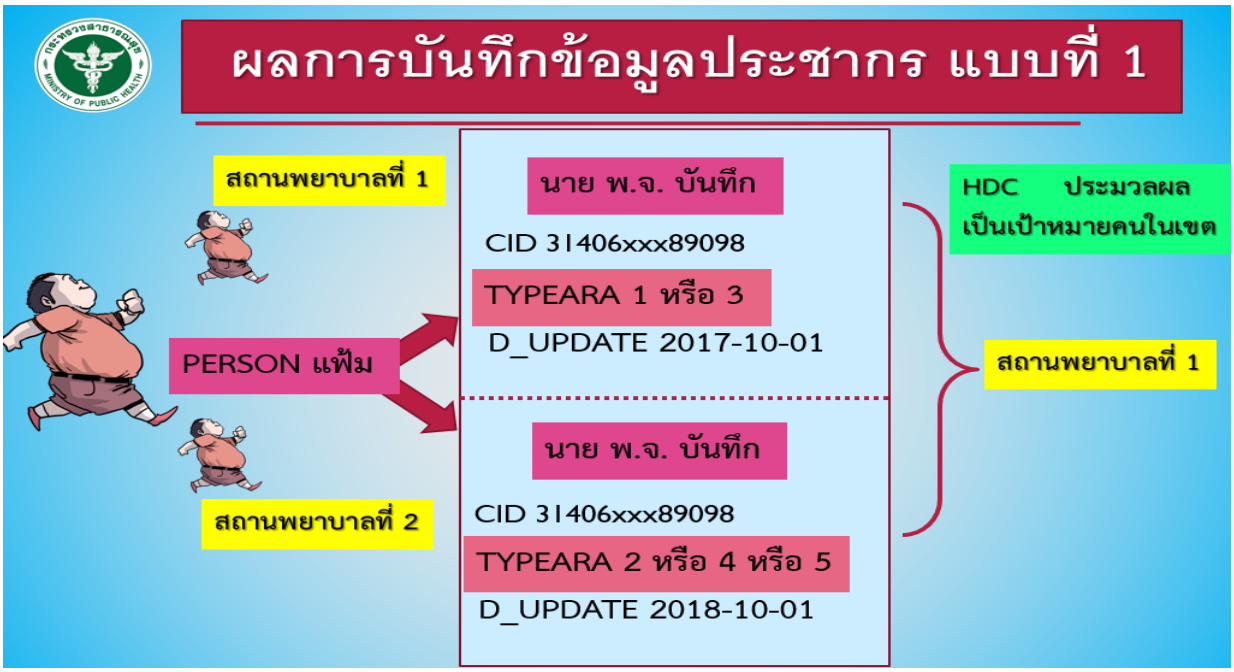
  2= มีชื่ออยู่ตามทะเบีบนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง

  3=มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

  4=ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

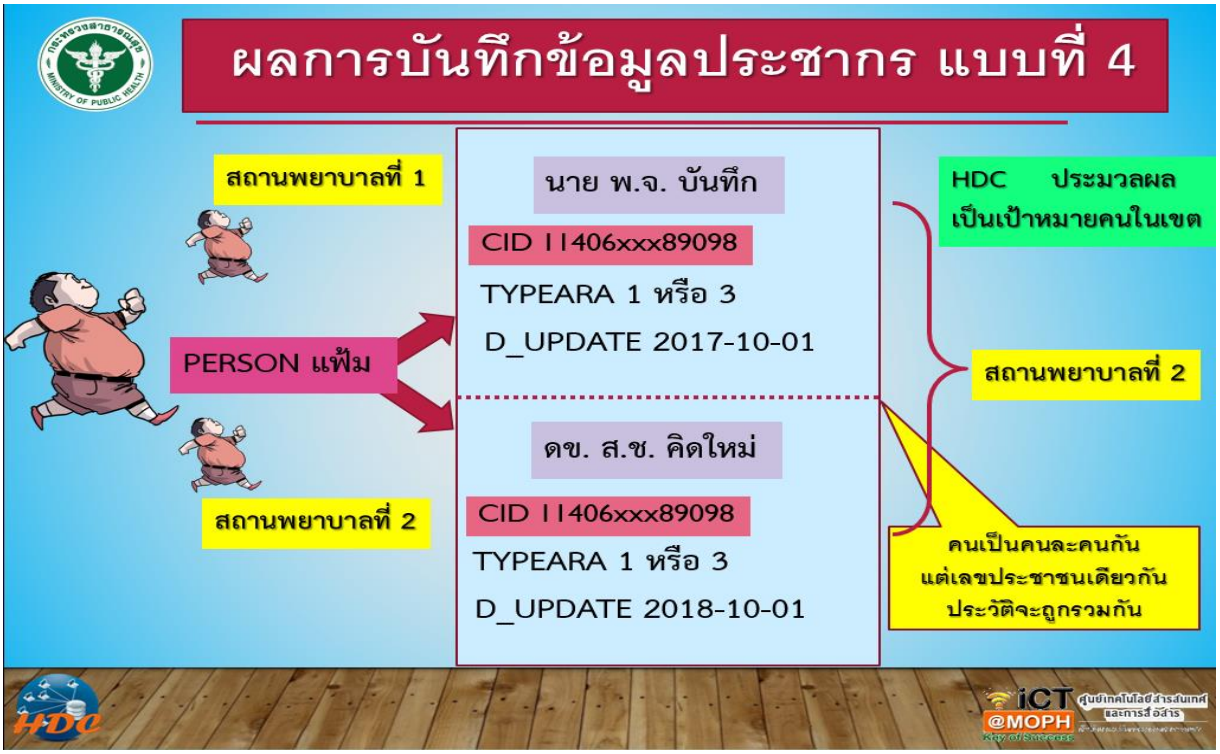
  5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น หมายเหตุ กรณีที่เป็นต่างด้าวที่มาอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสามารถลงเป็น 3 ได้ กรณีต่างด้าวนอกเขตสามารถลงเป็น 4 ได้ กรณีที่ต่างด้าวมาอยู่ในทะเบียนบ้านสามารถลงเป็น 1 ได้





ผลการบันทึกข้อมูลประชากร แบบที่ 2
สถานพยาบาลที่ 1
PERSON แฟ้ม
สถานพยาบาลที่ 2
นาย พ.จ. บันทึก
CID 31406xxx89098
TYPEARA 1 หรือ 3
D_UPDATE 2017-10-01
นาย พ.จ. บันทึก
CID 31406xxx89098
TYPEARA 1 หรือ 3
D_UPDATE 2018-10-01
HDC ประมวลผล
เป็นเป้าหมายคนในเขต
สถานพยาบาลที่ 2
คน ๆเดียวกัน เป็นคน
ในเขตทั้ง 2 ที่ไม่ได้
HDC
ICT @MOPH

ผลการบันทึกข้อมูลประชากร แบบที่ 3
สถานพยาบาลที่ 1
PERSON แฟ้ม
สถานพยาบาลที่ 2
นาย พ.จ. บันทึก
CID 31406xxx89097
TYPEARA 1 หรือ 3
D_UPDATE 2017-10-01
นาย พ.จ. บันทึก
CID 31406xxx89098
TYPEARA 1 หรือ 3
D_UPDATE 2018-10-01
HDC ประมวลผล
เป็นเป้าหมายคนในเขต
สถานพยาบาลที่ 1
สถานพยาบาลที่ 2
ทั้ง ๆที่เป็นคนเดียวกัน
ประวัติการตรวจ/รับ
บริการต่าง ๆจะไม่
เชื่อมโยงกัน
HDC
ICT @MOPH



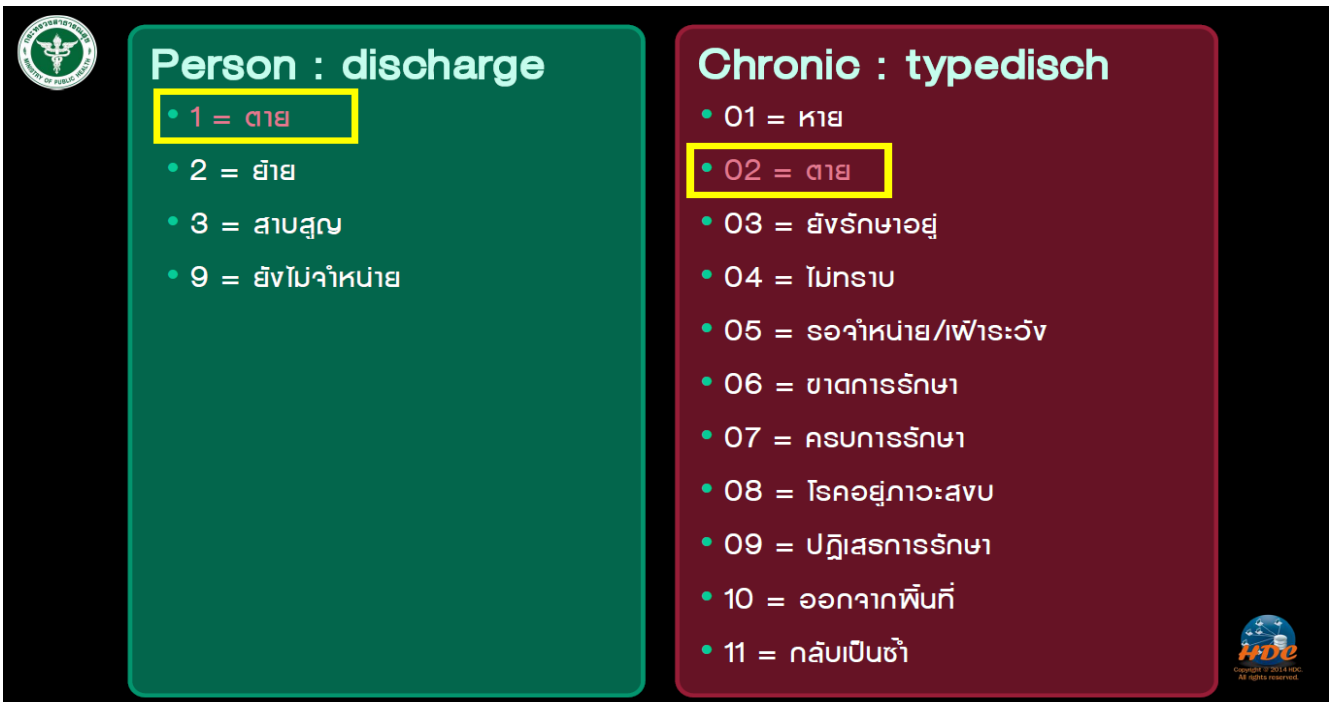
CHRONIC

ชื่อแฟ้ม (4)	**CHRONIC** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการ (Clinic Follow-Up)
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการ (Clinic Follow-Up)
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ หรือปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- บันทึกผลการสำรวจภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี - ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน - ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค อาจมี 1 รหัส หรือมากกว่า 1 รหัสก็ได้
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้งแรก กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DIAG	Y	D	8	Y
4	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	CHRONIC	Y	C	6	Y
5	สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	รหัสสถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก หมายเหตุ : กรณีไม่ทราบให้บันทึกเป็น 00000	✓	HOSP_DX		C	5	
6	สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ	รหัสสถานพยาบาลที่ไปรับบริการประจำ		HOSP_RX		C	5	
7	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกกรณีที่สามารถระบุประเภทการจำหน่าย หรือ สถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด (No. 8) ยกเว้น 03 = ยังรักษาอยู่, 05 = รอจำหน่าย/ฝ้าระวัง กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DISCH		D	8	
8	ประเภทการจำหน่าย หรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด	01 = หาย , 02 = ตาย , 03 = ยังรักษาอยู่ , 04 = ไม่ทราบ(ไม่มีข้อมูล) , 05 = รอจำหน่าย/ฝ้าระวัง, 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา), 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive) ไม่มีความจำเป็นต้องรักษา, 09 = ปฏิเสธการรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่, 11 = กลับเป็นซ้ำ	✓	TYPEDISCH		C	2	Y
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

นิยามของแฟ้ม CHRONIC หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการ (Clinic Follow-Up) นั่นเอง ที่เราพบปัญหาว่า..หน่วยบริการส่วนใหญ่ส่งข้อมูลแฟ้ม CHRONIC มาเฉพาะคนในเขตรับผิดชอบเท่านั้น แต่ปัจจุบันนิยามนี้ได้เปลี่ยนไปแล้ว ทำให้เวลาที่เราพูดถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่ได้หมายถึงเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงแล้ว..แต่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด ทำให้พอดูในแฟ้ม CHRONIC เลยอาจเจอเฉพาะรหัส I หรือ E เท่านั้น และการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกรณีที่ ไม่มีเขตหรือพื้นที่รับผิดชอบ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องขึ้นทะเบียน CHRONIC ด้วย เพื่อการติดตาม FOLLOW-UP หรือการเชื่อมโยงเพื่อคืนประวัติการวินิจฉัยหรือผลการรักษา ผลการติดตาม FOLLOW-UP กลับไปด้วย

- วันที่ตรวจพบครั้งแรก DATE_DIAG:ซึ่งตัวนี้เป็น PRIMARY KEY ของแฟ้ม วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้งแรก กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM= เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 แต่เป็นแฟ้มสะสม ฉะนั้นในการเก็บหรือสำรวจข้อมูลมาบันทึกเข้ามาในระบบแฟ้ม CHRONIC เช่น กรณีที่ไม่ทราบค่า หรือวันเริ่มป่วยครั้งแรก ไม่สามารถระบุได้
- รหัสวินิฉัยโรคเรื้อรัง CHRONIC:ซึ่งตัวนี้เป็น PRIMARY KEY ของแฟ้ม รหัสโรค ICD - 10 – TM
- ประเภทการจำหน่าย หรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด 01 = หาย , 02 = ตาย , 03 = ยังรักษาอยู่ , 04 = ไม่ทราบ(ไม่มีข้อมูล) ,05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง, 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา), 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive)ไม่มีความจำเป็นต้องรักษา, 09 = ปฏิเสธการรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่, 11 = กลับเป็นซ้ำ ซึ่งในส่วนนี้ในทางปฏิบัติกับข้อมูลที่เข้ามาในระบบ 43 แฟ้ม จะพบการให้สถานะของผู้ป่วยที่ไม่ใช่ 03 = ยังรักษาอยู่ มากพอสมควร เช่น (01 = หาย) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ไม่ควรจะบันทึกสถานะ (01 = หาย) เข้ามา..ในระบบ หรือที่พบรองๆ ลงมา เช่น 10 = ออกจากพื้นที่ ทั้งที่ผู้ป่วยยังมา FOLLOW-UP ทุกปี แต่เพียงแต่ส่งไปรับยาที่โรงพยาบาล เป็นต้น



HOME

แฟ้ม HOME เป็นอีกแฟ้มหนึ่ง ที่หน่วยบริการยังขาดความเข้าใจ โดยเฉพาะนิยาม "หลังคาเรือนทุกหลังในเขตรับผิดชอบ" กับ "เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ" ในหมายถึงว่า โรงพยาบาลระดับอำเภอ ไม่จำเป็นต้องส่งแฟ้ม HOME ทั้งอำเภอ แต่ส่งแฟ้ม HOME เฉพาะที่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ เช่น โรงพยาบาล A รับผิดชอบหมู่ที่ 1,3,5,7,9 ในตำบล A ฉะนั้นเวลส่งแฟ้ม HOME ก็จะเอามาเฉพาะ HOME ในหมู่ตามที่ระบุ 1,3,5,7,9 เท่านั้น หมู่อื่นๆ เช่น 2,4,6,8,10 (ไม่เกี่ยว) และที่สำคัญ เราพบว่า มีการส่งแฟ้ม HOME ของหน่วยบริการ กรณีอยู่นอกจังหวัดที่ไม่ใช่จังหวัดที่ตั้งของหน่วยบริการเข้ามาในระบบด้วย เป็นต้น และในแฟ้ม HOME PRIMARY KEY:จะอยู่ที่ HOSPCODE กับ HID ซึ่งตัวหลังนี้. HID จะเป็นตัวยืนยันการอยู่อาศัยในเขตรับผิดชอบ โดยเฉพาะคนที่มี TYPEAREA เท่ากับ 1,2,3 ในแฟ้ม PERSON จะต้องมี HID ตรงอยู่ในแฟ้ม HOME

ชื่อแฟ้ม (6)	**HOME** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่ตั้งและสุขาภิบาลของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หลังคาเรือนทุกหลังในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีหลังคาเรือนใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของหลังคาเรือนเดิม
หมายเหตุ	- 1 หลังคาเรือน จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเขตรับผิดชอบที่ทำให้หลังคาเรือนนั้นอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	✓	HID	Y	C	14	Y
3	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน		HOUSE_ID		C	11	
4	ประเภทที่อยู่	รหัสตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานกำหนด	✓	HOUSETYPE		C	1	Y
5	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		ROOMNO		C	10	
6	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		CONDO		C	75	
7	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่		HOUSE		C	75	
8	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก		SOISUB		C	255	
9	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก		SOIMAIN		C	255	
10	ถนน	ชื่อถนน		ROAD		C	255	
11	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร		VILLANAME		C	255	
12	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)		VILLAGE		C	2	
13	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	
14	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	
15	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	
16	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์	✓	TELEPHONE		C	15	
17	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N	10	
18	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N	10	
19	จำนวนครอบครัว	เป็นตัวเลข เช่น 1,2,3 เป็นต้น หากไม่มีใส่ 0	✓	NFAMILY		C	2	
20	ที่ตั้ง	1 = ในเขตเทศบาล , 2 = นอกเขตเทศบาล	✓	LOCATYPE		C	1	
21	รหัส อสม.	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		VHVID		C	15	
22	รหัส เจ้าบ้าน	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		HEADID		C	15	
23	การมีส้วมและประเภทการมีส้วม	0 = ไม่มี, 1 = มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยบ่อเกรอะ, 2 = มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยบ่อเกรอะ, 3 = มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 4 = มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 5 = มีมากกว่า 1 ประเภท, 9 = ไม่ทราบ		TOILET		C	1	
24	น้ำดื่มพอเพียงตลอดปี	0 = ไม่เพียงพอ ,1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ		WATER		C	1	
25	ประเภทแหล่งน้ำดื่มที่บริโภคเป็นประจำ	1 = น้ำฝน, 2 = น้ำประปา, 3 = น้ำบาดาล, 4 = บ่อน้ำตื้น, 5= สระน้ำ แม่น้ำ, 6 = น้ำบรรจุเสร็จ , 7 = น้ำตู้หยอดเหรียญ , 9 = ไม่ทราบ		WATERTYPE		C	1	

26	วิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป	1 = กำจัดเองโดยการฝัง, 2 = กำจัดเองโดยการเผา, 3 = กำจัดเองโดยการหมักทำปุ๋ย, 4 = กองทิ้ง, 5 = ท้องถิ่นให้บริการ, 9 = ไม่ทราบ		GARBAGE		C	1	
27	การจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ	0 = ไม่ถูก, 1 = ถูก , 9 = ไม่ทราบ		HOUSING		C	1	
28	ความคงทนถาวร	0 = ไม่คงทน , 1 = คงทน 1-4 ปี, 2 = คงทน 5 ปี ขึ้นไป , 9 = ไม่ทราบ		DURABILITY		C	1	
29	ความสะอาด	0 = ไม่สะอาด, 1 = สะอาด ,9 = ไม่ทราบ		CLEANLINESS		C	1	
30	การระบายอากาศ	0 = ไม่ระบาย,1 = ระบาย , 9 = ไม่ทราบ		VENTILATION		C	1	
31	แสงสว่าง	0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ ,9 = ไม่ทราบ		LIGHT		C	1	
32	การบำบัด/กำจัดน้ำเสีย	0 = ไม่บำบัด/กำจัด,1 = ลงบ่อซึม,2 = ลงบ่อเกรอะ,3 = ลงระบบบำบัดน้ำเสียรวม,9 = ไม่ทราบ		WATERTM		C	1	
33	สารปรุงแต่งในครัว	0 = ไม่ใช้, 1 = ใช้ , 9 = ไม่ทราบ		MFOOD		C	1	
34	การควบคุมแมลงนำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ		BCONTROL		C	1	
35	การควบคุมสัตว์นำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ		ACONTROL		C	1	
36	การจัดเก็บสารเคมีอันตรายในบ้าน	0 = ไม่มีการจัดเก็บ, 1 = เก็บในตู้มิดชิด, 2 = เก็บใส่ในภาชนะอื่นๆ , 9 = ไม่ทราบ		CHEMICAL		C	1	
37	วันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ	วันที่หลังคาเรือนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ กรณีไม่เป็นค่าว่างมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		DT	14	
38	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

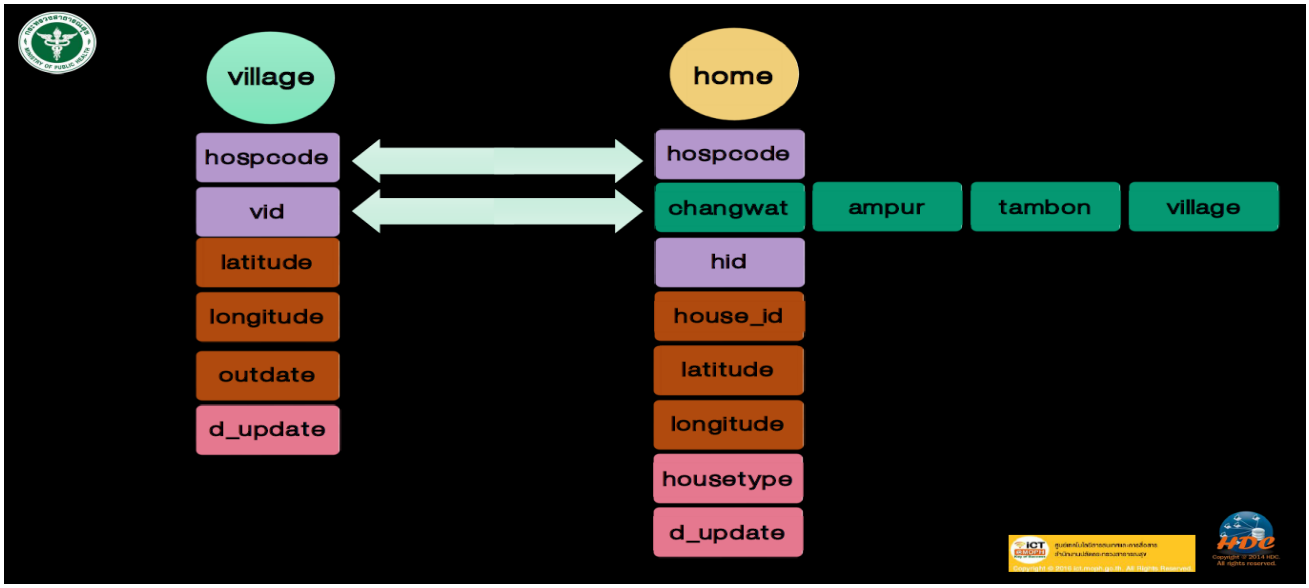
VILLAGE

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของหมู่บ้าน(ชุมชน)ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ของหน่วยบริการ รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ VID เป็นอีกตัวหนึ่งที่ถูกบังคับ PRIMARY KEY ซึ่งในส่วนนี้ยังมีข้อมูลที่มีความสำคัญ ในการจัดการข้อมูลพื้นฐานหลานเรื่อง เช่น จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก จำนวนพระ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก จำนวนผู้นำศาสนา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก เป็นต้น เป็นอีกแฟ้มที่จำไปเชื่อมโยงกับแฟ้ม HOME เพื่อที่จะให้การตรวจสอบการดูข้อมูล ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยอาศัยเลขจำนวน 8 หลัก โดย 2 หลักแรกเป็นรหัสจังหวัด 2 หลักต่อมา เป็นระดับอำเภอ 2 หลักต่อมาเป็นระดับตำบล และสุดท้ายตามด้วยรหัส 2 หลักของหมู่บ้าน ที่จะไปเชื่อมโยงระหว่าง แฟ้ม VILLAGE กับ แฟ้ม HOME

ชื่อแฟ้ม (7)	**VILLAGE** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ชุมชนหรือหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
หมายเหตุ	
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ	รหัสชุมชน ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	✓	VID	Y	C	8	Y
3	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NTRADITIONAL		N		
4	จำนวนพระในชุมชน	จำนวนพระ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NMONK		N		
5	จำนวนผู้นำในศาสนาในชุมชน	จำนวนผู้นำศาสนา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NRELIGIONLEADER		N		
6	จำนวนหอกระจายข่าว	จำนวนหอกระจายข่าว ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NBROADCAST		N		
7	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NRADIO		N		
8	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NPCHC		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
9	จำนวนคลินิก	จำนวนคลินิก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NCLINIC		N		
10	จำนวนร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NDRUGSTORE		N		
11	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHILDCENTER		N		
12	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NPSCHOOL		N		
13	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NSSCHOOL		N		
14	จำนวนวัด	จำนวนวัด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NTEMPLE		N		
15	จำนวนศาสนสถานอื่นๆ	จำนวนศาสนสถาน เช่น โบสถ์ มัสยิด สถานปฏิบัติธรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NRELIGIOUSPLACE		N		
16	จำนวนตลาดสด	จำนวนตลาดประเภทที่ 1 (ตลาดสด) ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NMARKET		N		
17	จำนวนร้านขายของชำ	จำนวนร้านขายของชำ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSHOP		N		
18	จำนวนร้านอาหาร	จำนวนร้านอาหาร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NFOODSHOP		N		
19	จำนวนหาบเร่ แผงลอย	จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSTALL		N		
20	จำนวนถังเก็บน้ำฝน	จำนวนถังเก็บน้ำฝน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NRAINTANK		N		
21	จำนวนฟาร์มสัตว์ปีก	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHICKENFARM		N		
22	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NPIGFARM		N		
23	ระบบกำจัดน้ำเสียในชุมชน	0 = ไม่มี, 1 = มี, 9 = ไม่ทราบ	✓	WASTEWATER		C	1	
24	สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน	0 = ไม่ทราบ, 1 = ไม่มี, 2 = มีสถานที่ฝังกลบ, 3 = มีสถานที่เผา, 4 = มีสถานที่รวบรวม คัดแยก และนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์ , 5 = มีสถานที่รวบรวมมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดที่อื่น, 6 = มีสถานที่หมักทำปุ๋ย, 9 = กำจัดขยะด้วยวิธีอื่น	✓	GARBAGE		C	1	
25	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NFACTORY		N		
26	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N		
27	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N		
28	วันที่แยกชุมชนออกนอกเขต	วันที่ชุมชนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและ มีรูปแบบคือ YYYYMMDD โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		D	8	
29	จำนวนแหล่งอบายมุข	บ่อนการพนัน สถานบริการทางเพศ คาราโอเกะ ผับบาร์ รวมทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลขมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับศูนย์		NUMACTUALLY		N		
30	ประเภทของความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ	ลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ	✓	RISKTYPE		C	3	
31	จำนวนชุมชนต่างด้าว	จำนวนชุมชนต่างด้าวในหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NUMSTATELESS		N		
32	จำนวนชมรมออกกำลังกาย	จำนวนชมรมออกกำลังกาย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NEXERCISECLUB		N		
33	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NOLDERLYCLUB		N		
34	จำนวนชมรมผู้พิการ	จำนวนชมรมผู้พิการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NDISABLECLUB		N		
35	จำนวนชมรม To Be Number 1	จำนวนชมรม To Be Number 1 ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NNUMBERONECLUB		N		
36	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y



PROVIDER

แฟ้ม PROVIDER เป็นอีกหนึ่งแฟ้มสะสมที่มีความสำคัญมากๆ การที่จะบอกว่า บริการไหน ใครเป็นคนให้บริการนั้นๆ ถือว่ามีความสำคัญมากๆ "ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล" ที่ผ่านมา เรื่องนี้หน่วยบริการแต่ละแห่งยังให้ความสำคัญในระดับหนึ่ง เท่านั้น จะเห็นว่าในฐานข้อมูล ยังมีชื่อซ้ำๆ กัน หรือมีชื่อ ที่ไม่สามารถระบุตัวตนผู้ให้บริการกลับไปได้ ซึ่งต่อไปนี้ การกระทำต่างๆ ต่อร่างการมนุษย์ หรือ ผู้ป่วย ควรจะสามารถย้อนกลับไปดูในระบบ HIS หรือแฟ้มข้อมูลได้ เช่น ใครเป็นคนฉีดวัคซีน ใครเป็นคนวินิฉัย ใครเป็นคนทำแผล หรือจ่ายยา เป็นต้น และยิ่งในปัจจุบันอาจต้องมากกว่านั้น โดยที่สามารถระบุ ใครเป็นคนบันทึกหรือนำเข้าข้อมูลนี้ด้วย เช่นกัน ซึ่งในแฟ้ม PROVIDER นี้จะเห็นว่า PRIMARY KEY:จะอยู่ที่ HOSPCODE กับ PROVIDER เลขที่ผู้ให้บริการ เท่านั้น ทำให้หน่วยบริการอาจละเลย หรือเข้าใจว่าไม่จำเป็น ในแฟ้มนี้หลายจุด เช่น ฟิลล์ CID STARTDATE OUTDATE และ MOVEDATE และทำให้เกิดปัญหากรณี จนท.หรือบุคลากรคนเดียวกัน ย้ายที่ทำงาน หรือ ไปช่วยในบางกิจกรรม ที่เป็นกรณีเฉพาะ เช่น กลุ่มทันแพทย์ PROVIDERTYPE=02 และทันตาภิบาลหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข PROVIDERTYPE=06

ชื่อแฟ้ม (9)	**PROVIDER** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. แพทย์และทันตแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย 2. บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา หรือให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยฯ ที่ให้บริการ 4. บุคลากรสาขาอื่น (ที่กำหนด) ที่ทำหน้าที่ให้บริการ 5. อาสาสมัครสาธารณสุข
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ และต้องส่งออกมาทุกครั้ง
หมายเหตุ	- บุคลากร 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ ให้ทำการปรับปรุงข้อมูลใน record เดิม ของบุคลากรคนนั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- บุคลากรผู้ให้บริการ หมายถึง ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER	Y	C	15	Y
3	หมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	หมายเลขทะเบียนที่ออกให้โดยสภาวิชาชีพ	✓	REGISTERNO		C	15	
4	รหัสสภาวิชาชีพ	รหัสสภาวิชาชีพผู้ออกหมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	✓	COUNCIL		C	2	
5	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล	✓	CID		C	13	Y
6	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ มาตรฐานตามกรมการปกครอง		PRENAME		C	3	
7	ชื่อ	ชื่อ	✓	NAME		C	50	Y
8	นามสกุล	นามสกุล	✓	LNAME		C	50	Y
9	เพศ	1 = ชาย 2 = หญิง	✓	SEX		C	1	Y
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวันเดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BIRTH		D	8	Y
11	รหัสประเภทบุคลากร	รหัสประเภทบุคลากร 01 = แพทย์ 02 = ทันตแพทย์ 03 = พยาบาลวิชาชีพ 04 = เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 05 = นักวิชาการสาธารณสุข 06 = เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 07 = อสม.(ผู้ให้บริการในชุมชน) 08 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์) 09 = อื่นๆ 10 = ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 11 = เภสัชกร 081 = แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ :(ที่มีใบประกอบวิชาชีพ) 082 = หมอพื้นบ้าน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ หรือได้รับการรับรองตามระเบียบกรมการแพทย์แผนไทยฯ) 083 = แพทย์แผนจีน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพ) 084 = ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย : (ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์) 085 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนจีน แพทย์ทางเลือก : (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์)	✓	PROVIDERTYPE		C	3	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
12	วันที่เริ่มปฏิบัติงาน	วันที่เริ่มปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลนี้	✓	STARTDATE		D	8	Y
13	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงาน	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงานสถานพยาบาลนี้	✓	OUTDATE		D	8	
14	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา ตามมาตรฐานสำนักนยบายและยุทธศาสตร์		MOVEFROM		C	5	
15	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป ตามมาตรฐานสำนักนยบายและยุทธศาสตร์		MOVETO		C	5	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

รหัสประเภทบุคลากร

01 = แพทย์

02 = ทันตแพทย์

03 = พยาบาลวิชาชีพ

04 = เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

05 = นักวิชาการสาธารณสุข

06 = เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

07 = อสม.(ผู้ให้บริการในชุมชน)

08 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์)

081 = แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ :(ที่มีใบประกอบวิชาชีพ)

082 = หมอพื้นบ้าน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ หรือได้รับการรับรองตามระเบียบกรมการแพทย์แผนไทยฯ)

083 = แพทย์แผนจีน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพ)

084 = ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย : (ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์)

085 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนจีน แพทย์ทางเลือก : (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์)

09 = อื่นๆ

10 = ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

11 = เภสัชกร

ตัวอย่าง การบันทึกข้อมูลแฟ้ม PROVIDER

HOSPCODE	PROVIDER	REGISTERNO	COUN	CID	PRENA	NAME
086	37	451	(Null)	37	005	อัญชุลี
086	37	37	(Null)	37	004	สุมาตย์
085	****	(Null)	(Null)	****	003	ยุทธนา
113	00	15785	01	3 18	134	สุทัศน์
113	000	4711020621	02	3 85	005	จิรนันท์
085	0000000000000	(Null)	(Null)	0000000000000	005	user1
086	0000000000000	จ15785	(Null)	0000000000000	003	แพทย์ออกหน่
086	0000000000000	(Null)	(Null)	0000000000000	135	วิชญา
085	0000000000000	จ22191	(Null)	0000000000000	003	สักดินันทร์

DISABILLITY

แฟ้มข้อมูลผู้พิการ DISABILLITY หมายถึง ผู้พิการทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ถ้านับเป็นการจำแนกจากแฟ้ม PERSON ตาม TYPEAREA นั่นคือ TYPEAREA เท่ากับ 1,2 และ 3 สำรวจปีละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงข้อมูล ก็ควรจะต้องถูกส่งออกมาใหม่ทุกครั้ง ให้จำไว้เสมอว่า 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 Record ซึ่งจากข้อมูลผู้พิการที่เราได้จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะต่างกันที่ กรณีที่มีความพิการมากกว่า 1 ประเภท จะถูกประเมินเป็นความพิการซ้ำซ้อน และที่สำคัญ PRIMARY KEY: ได้แก่ HOSPCODE PID และ DISABLETYPE และที่สำคัญจะมีเลขประชาชน CID มาต่อท้าย D_Update ให้

ผู้พิการมี 7 ประเภท ดังนี้

1.ความพิการทางการเห็น

2.ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

3.ความพิการการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

4.ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

5. ความพิการทางสติปัญญา

6. ความพิการทางการเรียนรู้

7.ความพิการทางออทิสติก

ชื่อแฟ้ม (8)	**DISABILITY** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม และต้องส่งออกมาทุกครั้ง 3. เมื่อระบุประเภทความพิการแล้ว ต้องไปประเมินในแฟ้ม ICF ทุกครั้ง
หมายเหตุ	- ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน - ผู้พิการที่มี 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 ประเภทความพิการ ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม สำหรับความพิการนั้น ของผู้พิการรายนั้น - การบันทึกแฟ้ม DISABILITY ต้องบันทึกคู่กับแฟ้ม ICF ทุกครั้ง
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้พิการมี 7 ประเภท ดังนี้ 1.ความพิการทางการเห็น ,2.ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย,3.ความพิการการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย , 4.ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ,5. ความพิการทางสติปัญญา , 6. ความพิการทางการเรียนรู้ , 7.ความพิการทางออทิสติก - เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ เพื่อสำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	ประเภทความพิการ	รหัสประเภทความพิการ (7 ประเภท)	✓	DISABTYPE	Y	C	1	Y
5	สาเหตุความพิการ	1 = ความพิการแต่กำเนิด, 2 = ความพิการจากการบาดเจ็บ, 3 = ความพิการจากโรค	✓	DISABCAUSE		C	1	
6	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 – TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ	✓	DIAGCODE		C	6	
7	วันที่ตรวจพบความพิการ	วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_DETECT		D	8	Y
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_DISAB		D	8	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

HOSPCODE	DISABID	PID	DISAI	DISABCAUSE	DIAGCODE	DATE_DETECT	DATE_DISAB	D_UPDATE
776	5 36716	005960	6	1	Q909	2012-06-11	1979-11-02	2016-04-20 13:12
079	5 20506	005666	3	2	G822	2011-08-04	2012-07-07	2014-06-04 13:27
079	5 08951	2554	3	3	A499	2015-02-03	2015-02-03	2017-10-02 16:12
114	5 25271	062369	3	3	G810	2012-11-30	2012-11-30	2015-05-01 11:47

จะเห็นว่า แฟ้ม DISABILITY จะมีฟิลล์ที่สำคัญ ที่ไม่กล่าวถึงไม่ได้ ได้แก่ เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) DISABID รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 – TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ DIAGCODE วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง DATE_DETECT และ วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง DATE_DISAB

DRUGALLERGY

แฟ้มข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ DRUGALLERGY เป็นอีกหนึ่งแฟ้มสำรวจที่สำคัญในปัจจุบัน ถูกกำหนดให้เป็น 1 ใน 3 สำคัญ ของข้อมูลบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลหลัก เป็นตัวอย่างในระบบ Web Service ของ Smart Health ID โดยให้ทำการสำรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมารับบริการ ซึ่งข้อมูลประวัติการแพ้ยา อาจจะได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากสถานพยาบาลอื่น หรือจากการพบอาการแพ้ยาโดยสถานพยาบาลผู้ให้บริการเอง การแพ้ยา 1 ชนิด จะมี 1 record หากแพ้ยามากกว่า 1 ชนิด จะมีมากกว่า 1 record โดยในแฟ้มนี้จะมี PRIMARY KEY: 3 ฟิลล์ ได้แก่ HOSPCODE PID และ DRUGALLERGY โดยจะใช้ รหัสยามาตรฐานที่กาหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล

ชื่อแฟ้ม (11)	**DRUGALLERGY** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่มารับบริการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- ข้อมูลประวัติการแพ้ยา อาจจะได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากสถานพยาบาลอื่น หรือจากการพบอาการแพ้ยาโดยสถานพยาบาลผู้ให้บริการเอง - การแพ้ยา 1 ชนิด จะมี 1 record หากแพ้ยามากกว่า 1 ชนิด จะมีมากกว่า 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่บันทึกประวัติการแพ้ยา	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY = ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : วันที่ตรวจพบอาการแพ้ และ กรณีบันทึกย้อนหลัง ให้บันทึกวันที่รับบริการ	✓	DATERECORD		D	8	Y
4	รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล	✓	DRUGALLERGY	Y	C	24	Y
5	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท (1= certain, 2= probable, 3= possible, 4= unlikely, 5= unclassified)	✓	TYPEDX		C	1	
7	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ 1.ไม่ร้ายแรง (Non-serious) 2.ร้ายแรง - เสียชีวิต (Death) 3.ร้ายแรง - อัตรายถึงชีวิต (Life-threatening) 4.ร้ายแรง - ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initial) 5.ร้ายแรง - ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-prolonged) 6.ร้ายแรง - พิการ (Disability) 7.ร้ายแรง - เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly) 8.ร้ายแรง-อื่นๆ (คือ เหตุการณ์ร้ายแรงอื่น ๆ ที่สำคัญทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด กรณีนี้รวมถึงผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการหายใจติดขัดอย่างรุนแรงและต้องรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเกิดผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น	✓	ALEVEL		C	1	
8	ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ	ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ)		SYMPTOM		C	2	
9	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	1= ผู้ป่วยให้ประวัติเอง 2= ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลอื่น 3= สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล 4= สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง	✓	INFORMANT		C	1	Y
10	รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	รหัสสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		INFORMHOSP		C	5	

- ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท TYPEDX

  1= certain

  2= probable

  3= possible

  4= unlikely

  5= unclassified

- ส่วนระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ ALEVEL

  1.ไม่ร้ายแรง (Non-serious)

  2.ร้ายแรง - เสียชีวิต (Death)

  3.ร้ายแรง - อัตรายถึงชีวิต (Life-threatening)

  4.ร้ายแรง - ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initial)

  5.ร้ายแรง - ทาให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-prolonged)

  6.ร้ายแรง - พิการ (Disability)

  7.ร้ายแรง - เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กาเนิด (Congenital anomaly)

  8.ร้ายแรง-อื่นๆ (คือ เหตุการณ์ร้ายแรงอื่น ๆ ที่สาคัญทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด กรณีนี้รวมถึงผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการหายใจติดขัดอย่างรุนแรงและต้องรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเกิดผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น

- ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ) SYMPTOM
- ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา 1= ผู้ป่วยให้ประวัติเอง 2= ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลอื่น 3= สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล 4= สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง

PRENATAL

แฟ้มข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ PRENATAL ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ จะ TYPEAREA 1,2 หรือ 3 หรือแม้แต่หญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูลให้ทาการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่ทราบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์

โดยแฟ้ม PRENATAL นี้จะมีส่วนที่เป็น PRIMARY KEY: 3 ฟิลล์ ด้วยกัน ได้แก่ HOSPCODE PID และ GRAVIDA โดยเฉพาะฟิลล์ GRAVIDA การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น ถือว่าเป็นฟิลล์ที่สำคัญ ที่จะใช้แยกแยะข้อมูล การตั้งครรภ์และการคลอด โดยจะต้องมีข้อมูล GRAVIDA ตรงกันกับแฟ้มต่างๆ เช่น ANC LABOR เป็นต้น ผลการตรวจ HCT (HCT_RESULT) ระดับฮีมาโตคริค (%) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก ผลการตรวจ THALASSAEMIA (THALASSEMIA) 1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ

และในส่วน เลขที่ผู้ให้บริการ PROVIDER กับ เลขที่บัตรประชาชน CID ถือว่าเป็นอีก 2 ฟิลล์สำคัญ ที่จะมาช่วยให้ การระบุ การจำแนกบุคคล ในส่วนนี้ตรงกับข้อมูลการสำรวจในแฟ้มสะสม

ชื่อแฟ้ม (33)	**PRENATAL** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ หรือหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
หมายเหตุ	- ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น - การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่ทราบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	LMP		D	8	Y
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	✓	EDC		D	8	
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	VDRL_RESULT		C	1	Y
7	ผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HB_RESULT		C	1	Y
8	ผลการตรวจ HIV_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HIV_RESULT		C	1	Y
9	วันที่ตรวจ HCT.	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_HCT		D	8	
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริค (%) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	HCT_RESULT		N		
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	THALASSEMIA		C	1	Y
12	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

- **แฟ้มบริการ**

แฟ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 26 แฟ้ม จากเดิม 28 แฟ้ม ส่วนที่ถูกปรับออกไป(ย้าย) ไปอยู่ที่ กลุ่มแฟ้มบริการกึ่งสะสม (สำรวจ) หลักๆ ของแฟ้มนี้ คือ จะต้องมี SEQ หรือ VISIT NO ที่อาจเรียกกัน และที่สำคัญ เลขประจำตัวประชาชน CID จะถูกผูกกับบริการในส่วนนี้ด้วย ตั้งแต่ส่งออกมาจาก HIS โดยในที่นี้จะขอกล่าวถึงลักษณะแฟ้มบริการ เฉพาะส่วนที่มีความสำคัญ เท่านั้น เป็นตัวอย่าง

แฟ้มบริการ

1.FUNCTIONAL	8.SURVEILLANCE	15.PROCEDURE_IPD	22.CARE_REFER
2.ICF	9.ACCIDENT	16.CHARGE_IPD	23.CLINICAL_REFER
3.SERVICE	~~10.LABFU~~	17.APPOINTMENT*	24.DRUG_REFER
4.DIAGNOSIS_OPD	~~11.CHRONICFU~~	18.DENTAL	25.INVESTIGATION_REFER
5.DRUG_OPD	12.ADMISSION	19.FP	26.PROCEDURE_REFER
6.PROCEDURE_OPD	13.DIAGNOSIS_IPD	20.COMMUNITY_ACTIVITY	27.REFER_HISTORY
7.CHARGE_OPD	14.DRUG_IPD	21.COMMUNITY_SERVICE	28.REFER_RESULT

Wasun Ratchaburi
8/11/2560

SERVICE

แฟ้ม SERVICE เป็นแฟ้ม ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มารับบริการและการให้บริการนอกสถานพยาบาล นั่นหมายความว่า กิจกรรมหรือบริการนี้ สามารถเกิดขึ้นได้ตามนิยามหรือคำอธิบาย ว่า “ในสถานพยาบาล” และ “นอกสถานพยาบาล” โดยมีขอบเขตข้อมูลที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการทุกครั้ง
2. ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพทุกครั้ง
3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล

ข้อมูลการให้บริการ 1 ครั้ง มี 1 record <u>และอาจจะมีการรับบริการหลายอย่างในการรับบริการครั้งเดียวกันได้</u> โดยจะมีเลขที่ SEQ เดียวกัน ใน 1 visit หมายถึง การมารับบริการครั้งใด ๆ แม้ว่าจะมารับบริการหลายคลินิกก็ตาม (ทุกคลินิกที่มารับบริการในครั้งนั้นๆ ใช้ SEQ เดียวกัน) แน่นอนบางสถานบริการก็มีความเชื่อ หรือความเข้าใจที่ผิดๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ เพราะต้องการแยกคลินิกหรือแผนกบ้าง (แต่ในความจริง รหัสแผนกที่รับบริการก็มีอยู่) หรือต้องการ Workload ตัวเลขสูงๆ บ้าง ทำให้หน่วยบริการที่ยังคงเก็บ VISIT หรือ SEQ แยกจากระบบบริการหลัก ทำให้มีข้อมูล SEQ ซ้ำซ้อน แหล่ะเป็นที่มาของการนำมาประเมินหาค่า UR ในหน่วยบริการกันเลย โดยเฉพาะข้อมูล OP จริงๆ ที่ผ่านมา หน่วยบริการบาง

แห่งมีผลข้อมูลป่วยนอกสูงกว่า หน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่กว่า ทำให้การประเมินหรือวางแผนเกี่ยวกับการรับมือการขยายตัวหรือเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ผิดไปจากความเป็นจริงได้ จึงมีคำอธิบายเรื่อง SEQ เพิ่มเติมให้เห็นชัดเจน <u>ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง</u> (visit) หมายเหตุ : <u>ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน</u>

ชื่อแฟ้ม (14)	**SERVICE** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มารับบริการ และการให้บริการนอกสถานพยาบาล
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการทุกครั้ง 2. ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพทุกครั้ง 3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- ข้อมูลการให้บริการ 1 ครั้ง มี 1 record และอาจจะมีการรับบริการหลายอย่างในการรับบริการครั้งเดียวกันได้ โดยจะมีเลขที่ SEQ เดียวกัน - 1 visit หมายถึง การมารับบริการครั้งใด ๆ แม้ว่าจะมารับบริการหลายคลินิกก็ตาม (ทุกคลินิกที่มารับบริการในครั้งนั้นๆ ใช้ SEQ เดียวกัน)
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	✓	HN		C	15	
4	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
6	เวลาที่ให้บริการ	เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)		TIME_SERV		C	6	
7	ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ	1 = ในเขตรับผิดชอบ 2 = นอกเขตรับผิดชอบ		LOCATION		C	1	
8	เวลามารับบริการ	1 = ในเวลาราชการ 2 = นอกเวลาราชการ		INTIME		C	1	
9	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE		C	4	Y
10	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	
11	สถานบริการหลัก	รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	MAIN		C	5	
12	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง 2 = มารับบริการตามนัดหมาย 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
13	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
14	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
15	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มาใช้บริการ	✓	CHIEFCOMP		C	255	
16	สถานที่รับบริการ	1 = ในสถานบริการ 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
17	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ (เซลเซียส) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 37.0	✓	BTEMP		N		

- เวลามารับบริการ LOCATION 1 = ในเวลาราชการ 2 = นอกเวลาราชการ
- ประเภทสิทธิการรักษา INSTYPE รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ
- ประเภทการมารับบริการ TYPEIN 1 = มารับบริการเอง 2 = มารับบริการตามนัดหมาย
  3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น (นับ Refer) 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS

- สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา REFERINHOSP รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ (นับ Refer)
- สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ CAUSEIN (นับ Refer)
  1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย
- อาการสำคัญ CHIEFCOMP อาการสำคัญที่มาใช้บริการ
- สถานที่รับบริการ SERVPLACE 1 = ในสถานบริการ 2 = นอกสถานบริการ(กรณีไปให้บริการแล้วกลับมาบันทึก)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ซิสโตลิก แรกรับ (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	SBP		N		
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	DBP		N		
20	อัตราการเต้นของชีพจร	อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	PR		N		
21	อัตราการหายใจ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	RR		N		
22	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	1 = จำหน่ายกลับบ้าน 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น 4 = เสียชีวิต 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึงสถานพยาบาล 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น 7 = ปฏิเสธการรักษา 8 = หนีกลับ 9 = การให้บริการโดยไม่มีค่าวินิจฉัยโรค	✓	TYPEOUT		C	1	Y
23	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
24	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา 2 = เพื่อการวินิจฉัย 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
25	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y

- สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ TYPEOUT
  1 = จำหน่ายกลับบ้าน 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น นับ)Refer)
  4 = เสียชีวิต 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึงสถานพยาบาล 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น 7 = ปฏิเสธการรักษา 8 = หนีกลับ 9 = การให้บริการโดยไม่มีค่าวินิจฉัยโรค
- สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป REFEROUTHOSP รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (นับ Refer)
- สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย CAUSEOUT (นับ Refer) 1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา 2 = เพื่อการวินิจฉัย 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย
- ราคาทุนของบริการ COST ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00
- ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย) PRICE ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00
- ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง PAYPRICE
  จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00

- เงินที่จ่ายจริง ACTUALPAY

  จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		Y
28	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	ACTUALPAY		N		Y
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		Dт	14	Y
30	รหัสสถานบริการรอง	รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		HSUB		C	5	
31	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

- รหัสสถานบริการรอง HSUB รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (เดิมมีเฉพาะ MAIN)
- เลขที่บัตรประชาชน CID เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล

  หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (<u>ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย</u>)

จะเห็นว่าในกลุ่มแฟ้มสะสม(สำรวจ) แฟ้มตั้งต้นสำคัญก็คือ แฟ้ม PERSON เช่นเดียวกัน ในกลุ่มแฟ้มบริการ แฟ้ม SERVICE ก็ถือว่าเป็นแฟ้มตั้งต้นบริการที่สำคัญ เช่นเดียวกัน ฉะนั้นในกรณีที่บันทึกข้อมูล ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่เป็นปัจจุบัน ย่อมส่งผลต่อภาพรวมของข้อมูลสุขภาพในทุกๆ เรื่องตามมา จะเห็นว่าในแฟ้ม SERVICE นี้ ตัวข้อมูล PRIMARY KEY:จะอยู่ที่ฟิลล์หลักๆ 4 ฟิลล์ด้วยกัน คือ HOSPCODE PID SEQ และ DATE_SERV ฉะนั้นการปรับปรุงแก้ไขแฟ้มบริการ SERVICE เมื่อไรก็ตามที่กระทบ PRIMARY KEY: ทั้ง 4 ตัว แน่นอนว่าต้องพึงแฟ้มข้อมูล DATA_CORRECT แม้ว่าการแก้ไขในระบบ HIS จะถูกแก้ไปแล้ว แต่ข้อมูลที่ส่งมาก่อนหน้า ไม่ปรับแก้ตาม (ยกเว้น) ในส่วนที่ไม่ใช่ PRIMARY KEY เท่านั้น ที่สามารถแก้ไข หรือ Update ข้อมูลได้โดยตรง

DIAGNOSIS_OPD

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

แฟ้มการวินิจฉัยในผู้ป่วยนอก DIAGNOSIS_OPD เป็นแฟ้มหลักอีกแฟ้มหนึ่งของกลุ่มแฟ้มบริการ หลังจากที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ได้รับ SEQ จากแฟ้ม SERVICE มาแล้ว ก็จะถูกส่งต่อมายังห้องตรวจ เพื่อพบแพทย์ หรือบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการต่างๆ ในระบบสุขภาพ โดยในกรณีที่สามารถระบุหรือให้รหัส ICD-10 ได้ ซึ่งปัจจุบัน หน่วยบริการในประเทศไทย ยึกหลักตามมาตรฐานรหัส ICD-10TM ที่มีการปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับการใช้งานในประเทศไทย โดยในปัจจุบัน เป็น Version 2017

โดยรหัสวินิจฉัยโรค 1 โรค หรือข้อมูล 1 รหัส จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรคหรือ 1 รหัสบริการ จะมีมากกว่า 1 record เช่น ผู้ป่วยเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมารับบริการทั้ง 2 โรคในวันนั้น ก็จะมีข้อมูลแสดงทั้ง 2 record ไม่ได้หมายความรวมถึง ต้องเอาประวัติการป่วยเดิมๆ มาบันทึกทุกครั้ง แต่ไม่ได้มาหน่วยบริการด้วยโรคนั้นๆ เป็นต้น ในการรับบริการครั้งเดียวกันข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ

ชื่อแฟ้ม (15)	**DIAGNOSIS_OPD** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- วินิจฉัยโรค 1 โรค หรือข้อมูล 1 รหัส จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค หรือ 1 รหัสบริการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน - ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE (สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม) 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก)	✓	DIAGTYPE		C	1	Y
6	รหัสโรคที่วินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
7	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อางอิงตามมาตรฐาน กยผ. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

จะเห็นว่า แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD มี PRIMARY KEY:ด้วยกัน 5 ฟิลล์ ได้แก่ HOSPCODE PID SEQ DATE_SERV และที่สำคัญ DIAGCODE ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ของหน่วยบริการมักจะอยู่ที่ ฟิลล์สุดท้ายนี้ ฉะนั้นเวลาที่พยายามแก้ไขข้อผิดพลาดเข้ามา เช่น วินิจฉัยผิด จากรหัส A09 มาเป็น I10 ซึ่งหน่วยบริการมักใช้วิธีการเข้าไปแก้ไขเฉพาะ DIAGCODE เท่านั้น หลังจากที่ให้รหัสผิด แต่ในกรณีที่ข้อมูลยังไม่ถูกส่งเข้าระบบกลาง สามารถทำได้ แต่ในกรณีที่ส่งเข้าระบบกลางไปแล้ว และมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ คือ DIAGCODE ผลที่ตามมาคือ การเพิ่มจำนวน record ของแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD เข้าไปใหม่ โดยที่ของเก่าก็ยังอยู่เหมือนเดิม

DRUG_OPD

แฟ้ม DRUG_OPD เป็นอีกหนึ่งแฟ้มบริการ ที่เชื่อมโยงกับแฟ้มตั้งต้น ตั้งแต่ PERSON ในแฟ้มสะสม การที่จะจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ก็จำเป็นต้องรู้ว่า จะจ่ายให้ใคร ชื่อ-สกุลอะไร เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็ต้องทราบว่า แล้วผู้ป่วยเข้ามารับบริการ หรือได้รับบริการที่บ้าน(นอกสถานที่) วันไหน DATE_SERV อะไร เลขลำดับบริการในวันนั้นที่มารับบริการได้เลขลำดับอะไร SEQ นั่นเอง ในแฟ้ม DRUG_OPD นี้มี PRIMARY KEY:หลักๆ อยู่ 5 ฟิลล์ ได้แก่ HOSPCODE PID SEQ DATE_SERV และ DIDSTD โดยรหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันข้อมูลในส่วนนี้ ก็เป็นส่วนที่สำคัญ ในการนำมาเป็นข้อสรุป เรื่องรายงานหรือตัวชี้วัดต่างๆ เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับยา .....ตามรหัสมาตรฐาน 24 หลัก เป็นต้น ในกรณีที่ข้อมูลการ MAPPING หรือกำหนดรหัสไม่เรียบร้อย ก็อาจส่งผลต่อข้อมูลได้เช่นเดียวกัน

ชื่อแฟ้ม (16)	**DRUG_OPD** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการที่สำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน กยผ.	✓	CLINIC		C	5	Y
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือ รหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
7	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	
8	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก	✓	AMOUNT		N		
9	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ตามจำนวนจ่ายจาก AMOUNT		UNIT		C	3	
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่ายยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกันของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้		UNIT_PACKING		C	20	
11	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายต่อหน่วย (ยังไม่คูณ AMOUNT)	✓	DRUGPRICE		N		
12	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย) หมายเหตุ : ราคาทุนต่อหน่วย (ยังไม่คูณ AMOUNT)		DRUGCOST		N		
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน หมายเหตุ : เลขที่ผู้ให้บริการหมายถึงผู้สั่งจ่ายยา	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
15	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ข้อมูลการจ่ายยาสาหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ในส่วนที่ยังเป็นปัญหาก็คือ การระบุราคาทุน และราคาขาย ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการนำมาประเมินสรุปค่าใช้จ่าย ในแต่ละรายการ

PROCEDURE_OPD

แฟ้ม PROCEDURE_OPD หรือที่เรียกว่า แฟ้มหัตถการผู้ป่วยนอก เป็นข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ในแฟ้ม PROCEDURE_OPD นี้มี PRIMARY KEY:หลักๆ อยู่ 5 ฟิลล์ ได้แก่ HOSPCODE PID SEQ DATE_SERV และ PROCEDCODE ซึ่งถ้าเป็นหน่วยงานในระดับปฐมภูมิ จะใช้การอ้างอิงข้อมูล PROCEDCODE จากตาราง ICD-10TM 7 หลัก แต่ถ้าเป็นหน่วยงานในระดับโรงพยาบาล เรามักพบว่ายังมีใช้ทั้ง 2 ส่วน คือ ICD9-CM และ ICD10-TM เป็นต้น การอ้างอิงข้อมูลในส่วนนี้ จึงจำเป็นต้องอ้างอิงตารางหลักทั้ง 2 ส่วน ขึ้นอยู่กับว่า เป็นรายงานแบบไหน ระดับไหน

ชื่อแฟ้ม (17)	**PROCEDURE_OPD** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการที่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัสหัตถการ ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน - ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน กยผ. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓	PROCEDCODE	Y	C	7	Y
7	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓	SERVICEPRICE		N		
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ADDMISSION

แฟ้ม ADDMISSION เป็นแฟ้มบริการผู้ป่วยใน หรือแฟ้มข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล หลังจากที่เราได้รู้จักแฟ้มผู้ป่วยนอก คือ SERVICE ไปแล้ว ซึ่งถือว่าเป็นแฟ้มบริการหลักในโรงพยาบาล แน่นอนว่า ก่อนที่จะรับผู้ป่วยเข้าเป็น “ผู้ป่วยใน” จำเป็นต้องได้ขึ้นทะเบียน ได้รับ SEQ HN (เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)) ในการให้บริการมาก่อน ถึงจะเข้ามาเป็นผู้ป่วยใน มี AN เป็น (เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)) การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้รักษา จนกระทั่งจาหน่ายผู้ป่วย

<u>โดยข้อมูลสรุปสุดท้ายจะเป็นข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม</u> 1 record คือ การมานอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แม้ว่าจะมีการย้ายไปหลายแผนกก็ตาม (ทุกแผนกที่รักษาในครั้งนั้นๆ ใช้ AN เดียวกัน)

ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มาเองและที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น การรับ Refer ผู้ป่วยจากสถานบริการอื่นเข้ามาเป็นผู้ป่วยใน จำเป็นจะต้องผ่านระบบและขั้นตอนของผู้ป่วยนอก ตามที่กล่าวมาแล้ว พร้อมทั้งระบุเหตุผล และสถานพยาบาลที่ Refer มาให้ครบ ก่อนที่จะรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ADDMISSION ต่อไป

ชื่อแฟ้ม (23)	**ADMISSION** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการที่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้รักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อมูลสรุปสุดท้ายจะเป็นข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม - 1 record คือ การมานอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แม้ว่าจะมีการย้ายไปหลายแผนกก็ตาม (ทุกแผนกที่รักษาในครั้งนั้นๆ ใช้ AN เดียวกัน)
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มาเองและที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ		C	16	Y
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
5	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y
6	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กยผ.	✓	WARDADMIT		C	5	Y
7	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ (สิทธิหลักในการ admit ครั้งนั้น)	✓	INSTYPE		C	4	Y
8	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
9	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
10	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
11	น้ำหนักแรกรับ	น้ำหนักผู้ป่วยแรกรับ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	ADMITWEIGHT		N	5	
12	ส่วนสูงแรกรับ	ส่วนสูงผู้ป่วยแรกรับ (ซม.)	✓	ADMITHEIGHT		N	3	
13	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_DISCH	Y	DT	14	Y
14	แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กยผ.	✓	WARDDISCH		C	5	Y
15	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHSTATUS		C	1	Y
16	วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHTYPE		C	1	Y
17	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
18	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
19	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)		COST		N	11	
20	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓	PRICE		N	11	Y
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓	PAYPRICE		N	11	Y
22	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓	ACTUALPAY		N	11	Y
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน (หมอผู้รับผิดชอบคนไข้หลัก)	✓	PROVIDER		C	15	
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
25	กลุ่ม DRG	กลุ่ม DRG ที่ได้จากการคำนวณข้อมูลผู้ป่วยใน โดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลข 5 หลัก	✓	DRG		C	5	Y
26	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลขทศนิยม 4 หลัก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 6 หลัก และทศนิยม 4 ตำแหน่ง เช่น 1788.0000 ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.0000	✓	RW		N		Y
27	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลขทศนิยม 4 หลัก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 6 หลัก และทศนิยม 4 ตำแหน่ง เช่น 1788.0000 ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.0000	✓	ADJRW		N		Y
28	รหัสความผิดพลาดเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน	รหัสความผิดพลาดเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	ERROR		C	2	Y
29	รหัสคำเตือนเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน	รหัสคำเตือนเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	WARNING		C	4	Y
30	วันนอนจริง	ค่าวันนอนจริงของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	ACTLOS		N	4	Y
31	รุ่นของโปรแกรม Grouper ที่ใช้ในการคำนวณ	เลข Version ของโปรแกรม Grouper ใช้ในการคำนวณข้อมูลผู้ป่วยในตามที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	GROUPER_VERSION		C	20	Y
32	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

DENTAL

แฟ้ม DENTAL เป็นอีกหนึ่งแฟ้มบริการ ที่มีความเฉพาะ เพราะผูกติดกับแฟ้ม PROVIDER ที่เป็น PROVIDERTYPE เท่ากับ 02 ทันตแพทย์ และ 06 เจ้าพนักงานทันสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้ที่มารับบริการ

1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง

2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่

3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

การให้บริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ 1 ครั้ง จะมี 1 record ผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

ชื่อแฟ้ม (29)	**DENTAL** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	หมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้ที่มารับบริการ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	
หมายเหตุ	- การให้บริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ 1 ครั้ง จะมี 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	✓	DENTTYPE		C	1	Y
6	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	✓	PTEETH		N	2	
8	จำนวนฟันแท้ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	PCARIES		N	2	
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	PFILLING		N	2	
10	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	PEXTRACT		N	2	
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	✓	DTEETH		N	2	
12	จำนวนฟันน้ำนมผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	DCARIES		N	2	
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	DFILLING		N	2	
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	DEXTRACT		N	2	
15	จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์ 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	✓	NEED_FLUORIDE		C	1	
16	จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	1 = ต้องขูดหินน้ำลาย 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	✓	NEED_SCALING		C	1	
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	✓	NEED_SEALANT		N	2	
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_PFILLING		N	2	
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_DFILLING		N	2	

แฟ้ม DENTAL เป็นแฟ้มบริการที่มี PRIMARY KEY: หลัก 4 ฟิลล์ ได้แก่ HOSPCODE PID SEQ และ DATE_SERV การใช้ข้อมูลในแฟ้มนี้ เราอาจแยกได้เลยจากแฟ้ม เดียว เช่น

- ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ DENTTYPE
  1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก) ถ้าบันทึกเข้ามาถูกต้อง
- สถานศึกษา SCHOOLTYPE กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน
  ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด. 2 = ประถมศึกษารัฐบาล 3 = ประถมศึกษาเทศบาล 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น 5 = ประถมศึกษาเอกชน 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น 9 = มัธยมศึกษาเอกชน
- ระดับการศึกษา CLASS กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน
  ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
20	จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_PEXTRACT		N	2	
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_DEXTRACT		N	2	
22	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน 3 =ต้องใส่ฟันเทียมล่าง 4 =ไม่ต้องใส่ฟันเทียม	✓	NPROSTHESIS		C	1	
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	✓	PERMANENT_PERMANENT		N	2	
24	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี่)	✓	PERMANENT_PROSTHESIS		N	2	
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี่)	✓	PROSTHESIS_PROSTHESIS		N	2	
26	สภาวะปริทันต์	ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ 1 = มีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังเห็นแถบดำบนเครื่องมือ 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4–5 ม.ม. (ขอบเหงือกอยู่ภายในแถบดำ) 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 ม.ม.หรือมากกว่า (มองไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ) 5 = มีหินน้ำลายและมีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ 9 = ตรวจไม่ได้/ไม่ตรวจ หลักที่ 1=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านขวา หลักที่ 2=ตำแหน่งฟันหน้าบน หลักที่ 3=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านซ้าย หลักที่ 4=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านซ้าย หลักที่ 5=ตำแหน่งฟันหน้าล่าง หลักที่ 6=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านขวา	✓	GUM		C	6	
27	สถานศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด. 2 = ประถมศึกษารัฐบาล 3 = ประถมศึกษาเทศบาล 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น 5 = ประถมศึกษาเอกชน 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	✓	SCHOOLTYPE		C	1	
28	ระดับการศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6	✓	CLASS		C	1	
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
30	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
31	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ในกลุ่มแฟ้มบริการ มีแฟ้มที่มีลักษณะโครงสร้างหลักๆ ไม่แตกต่างกันมาก นอกจากการเพิ่มเลขประจำตัวประชาชน CID 13 หลัก เข้าไปในโครงสร้างแล้ว ลักษณะของแฟ้มบริการ จะผูกติดกับ SEQ และ DATE_SERV เป็นสำคัญ นอกเหนือจากตัว HOSPCODE และ PID ที่เป็น PRIMARY KEY หลักอยู่แล้ว แฟ้มที่มีลักษะใกล้เคียงกัน ที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ เช่น กลุ่มแฟ้มที่มีคำว่า IPD ต่อท้าย...ที่เหลือก็เป็น แฟ้ม COMMUNITY_ACTIVITY กับ COMMUNITY_SERVICE และแฟ้มในกลุ่มแฟ้ม REFER_ ที่เหลือ

- **แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ**

แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 14 แฟ้ม

แฟ้มในกลุ่มนี้ทั้ง 14 ตัวจะมีความสำคัญ และมีผลกระทบค่อนข้างมากกับระบบข้อมูลและรายงาน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแฟ้มที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยอาจแบ่งเป็นประเภท ตามลักษณะของข้อมูลและความเชื่อมโยง ได้ ดังนี้

ด้านงานแม่และเด็ก ได้แก่ แฟ้ม
1.ANC
2.LABOR
3.POSNATAL
4.NEWBORN
5.NEWBORN_CARE

ด้านควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ แฟ้ม
1.NCDSCREEN
2.LABFU
3.CHRONICFU
4.SPECIALPP

ด้านส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ แฟ้ม
1.NUTRITION
2.REHABLITATION

ด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ได้แก่ แฟ้ม
1.EPI

ข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ แฟ้ม
1.ADDRESS
2.DEATH

แฟ้ม NCDSCREEN เป็นแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ที่หน่วยบริการต้องบันทึกผ่านระบบ HIS เข้ามาจำนวนมากอีกแฟ้มหนึ่ง การได้มาซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ เกิดจากการทำงานเชิงรุกมากกว่า 80% แต่การบันทึกข้อมูล เรามักบันทึกเป็น SERVICE ในสถานบริการ ซึ่งค่อนข้างขัดการปฏิบัติ และที่สำคัญ เรามักพบค่า ERROR ในการบันทึกค่าที่เป็นผล ต่างๆ เช่น ค่าน้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาล เป็นต้น ซึ่งตามนิยามแฟ้ม บอกแล้วว่า เป็นแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ฉะนั้นการที่ต้องมี SEQ แฟ้ม SERVICE หรือ รหัส ICD-10 ในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD จึงไม่จำเป็น

ชื่อแฟ้ม (31)	**NCDSCREEN** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มารับบริการ และประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง กรณีเป็นผู้ป่วยเบาหวานต้องทำการคัดกรองความดันโลหิตสูง หรือกรณีเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องคัดกรองเบาหวาน ยกเว้นเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตแล้วไม่ต้องทำการคัดกรอง
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
หมายเหตุ	- การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง จะมี 1 record โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำในการคัดกรองครั้งเดียวกัน จะอยู่ใน record เดียวกัน และการติดตามผู้ที่พบความเสี่ยง (ยังไม่เป็นโรค) ก็จะบันทึกในแฟ้มนี้ด้วย - กรณีบันทึกข้อมูลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้บันทึกเฉพาะแฟ้ม NCDSCREEN เท่านั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
6	ประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		SMOKE		C	1	
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 = ไม่ดื่ม (ไม่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา), 2 = ดื่มนานๆครั้ง (ดื่ม 1-3 วัน/เดือน หรือดื่ม 1-11 วัน/ปี), 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว (ดื่ม 1-4 วัน/สัปดาห์), 4 = ดื่มเป็นประจำ (ดื่ม 5-7 วัน/สัปดาห์), 9 = ไม่ทราบ	✓	ALCOHOL		C	1	
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		DMFAMILY		C	1	
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		HTFAMILY		C	1	
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	WEIGHT		N	5	Y
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEIGHT		N		Y
12	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	WAIST_CM		N		Y
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	SBP_1		N		Y
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	DBP_1		N		Y
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		SBP_2		N		
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		DBP_2		N		
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น	✓	BSLEVEL		N		
18	วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 2 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3 =ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 9 = ไม่ตรวจน้ำตาลในเลือดเนื่องจากคัดกรองแบบสอบถามปากเปล่าปกติ หมายเหตุ กรณี ลำดับที่ 18 บันทึกเป็น 9 ลำดับที่ 17 ไม่ต้องลงบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด		BSTEST		C	1	
19	สถานที่รับบริการคัดกรอง	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กยผ.		SCREENPLACE		C	5	
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
22	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ERROR บ่อย

มาก หรือ น้อยเกินไป

LABFU

แฟ้ม LABFU เป็นอีกแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ที่ย้ายจากกลุ่มแฟ้มบริการ มาอยู่บริการกึ่งสำรวจ ข้อมูลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม
3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น หรือผู้ที่มารับบริการสุขภาพอื่น ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record <u>สำหรับปีงบประมาณ 2561 เป็นต้นไปให้ส่ง รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ICD-10-TM (ตามที่กยผ.กาหนด) เท่านั้น</u> นั่นแปลว่า...ไม่ได้ส่ง LAB ทั้งหมดเข้ามาในระบบ แต่คงต้องดูตามข้อยกเว้นในแต่ละเรื่องหรือตามประกาศฯ ประกอบอีกครั้ง

ชื่อแฟ้ม (21)	**LABFU** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม 3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น หรือผู้ที่มารับบริการสุขภาพอื่น ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record - สำหรับปีงบประมาณ 2561 เป็นต้นไปให้ส่ง รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ICD-10-TM (ตามที่กยผ.กำหนด) เท่านั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ICD-10-TM (ตามที่กยผ.กำหนด)	✓	LABTEST	Y	C	7	Y
6	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดทศนิยม 2 หลัก)	✓	LABRESULT		N	6	Y
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
8	สถานที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน)		LABPLACE		C	5	
9	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

จะเห็นว่า รูปแบบของ PRIMARY KEY:จะมีการใช้ DATE_SERV และยกเลิก SEQ (เดิม)เพิ่มเติมเข้ามาด้วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบกับข้อมูลของหน่วยบริการบางแห่ง ก็เป็นได้

CHRONICFU

แฟ้ม CHRONICFU เป็นแฟ้มบริการกึ่งสำรวจอีกตัวหนึ่งที่ย้ายมาจาก กลุ่มแฟ้มบริการ และหรือมีผลกระทบกับข้อมูลคล้ายๆ กับแฟ้ม LABFU และดูเหมือนว่า จะเป็นแฟ้มที่ส่งผลกระทบกับหน่วยบริการและระบบ HIS หลายๆ ตัว ทั้งนี้เพราะว่า ข้อมูล CHRONICFU ยังผูกติดกับข้อมูลคลินิกพิเศษ ที่เราเรียก แฟ้ม CHRONIC การที่ผู้ป่วยจะเข้าระบบนี้ได้ แสดงว่า ต้องเข้าระบบนัด ระบบติดตาม หรือการตรวจภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ใช่ผู้ป่วย OPD CASE ทั่วไป ข้อมูลในส่วนนี้จึงสำคัญมากๆ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเมื่อเป็นแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ข้อจำกัดเดิม ที่ไม่สามารถบันทึกได้ เพราะไม่ได้เป็นหน่วยงานที่ให้บริการ หรือเอามาบันทึกแบบความครอบคลุม ที่ผ่านมาอาจไม่ถูกต้อง จากนี้ HIS จะต้องปรับให้สามารถบันทึกแบบความครอบคลุมได้ด้วย เพื่อให้การบันทึกหรือการลงข้อมูลมีความถูกต้อง สามารถเก็บข้อมูลที่ผู้ป่วย ได้รับบริการจากภาคเอกชน หรือคลินิก มาบันทึกได้ แต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นทะเบียน CHRONIC ตามระบบด้วย จะได้ไม่กระทบกับการส่งออกข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (22)	**CHRONICFU** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
หมายเหตุ	- ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบ ในแฟ้มข้อมูล DIAG_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย - การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	น้ำหนัก	น้ำหนักในวันที่มารับบริการ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 หลัก	✓	WEIGHT		N	5	Y
6	ส่วนสูง	ส่วนสูงในวันที่มารับบริการ (ซม.)	✓	HEIGHT		N	3	Y
7	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	✓	WAIST_CM		N	3	Y
8	ความดันโลหิต ซิสโตลิก	ความดันโลหิต ซิสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓	SBP		N	3	Y
9	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓	DBP		N	3	Y
10	ตรวจเท้า	ตรวจเท้า (ตรวจแผล ผิวหนัง รูปเท้า การรับความรู้สึก ชีพจร) 1 = ตรวจ ผลปกติ, 2 = ไม่ตรวจ , 3 = ตรวจ ผลไม่ปกติ , 9 = ไม่ทราบ	✓	FOOT		C	1	Y
11	ตรวจจอประสาทตา	ตรวจจอประสาทตา 1 = ตรวจ opthalmoscope ผลปกติ , 2 = ตรวจด้วย fundus camera ผลปกติ, 3 = ตรวจ opthalmoscope ผลไม่ปกติ, 4 = ตรวจด้วย fundus camera ผลไม่ปกติ, 8 = ไม่ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	RETINA		C	1	Y
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
14	สถานที่ตรวจติดตาม	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน)		CHRONICFUPLACE		C	5	
15	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

- **แฟ้มตามนโยบาย**

แฟ้มตามนโยบาย เป็นการเก็บข้อมูลตามนโยบาย ที่ถูกพิจารณาเป็นเรื่องๆ ไป มีจำนวน 1 แฟ้ม คือเรื่อง เส้นรอบศีรษะเด็ก

- **แฟ้มแก้ไข**

แฟ้มแก้ไข เป็นแฟ้มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละแฟ้ม เช่น กรณีพบข้อมูลผิดพลาดต้องการแก้ไขข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (51)	**DATA_CORRECT** version 2.3 (ตุลาคม 2560)
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่ขอแก้ไข
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มแก้ไขข้อมูล
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	- ข้อมูลที่ส่งมาแก้ไขข้อมูลเดิมที่ผิดพลาด
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	- ตามรอบการส่งข้อมูล
หมายเหตุ	-
นิยามที่เกี่ยวข้อง	-

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE		C	5	Y
2	แฟ้มที่ขอแก้ไข	ชื่อแฟ้มที่ส่งขอแก้ไข	✓	TABLENAME		C	30	Y
4	รายละเอียดข้อมูล	รายการข้อมูลที่ขอแก้ไข	✓	DATA_CORRECT		JSON		Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE	Y	DT	14	Y

หมายเหตุ : ตัวอย่าง Text File ข้อมูลที่ขอแก้ไข

ตัวอย่างการแก้ไขแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD

HOSPCODE | TABLENAME | DATA_CORRECT | D_UPDATE

11111 | DIAGNOSIS_OPD | {'HOSPCODE' : '11111','PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'DATE_SERV' :' 20170601' , 'DIAGCODE' : 'A09 ', 'EDITOR_CID':'2222222222222'} | 20160820200000

(ต่อหน้าถัดไป)

เอกสารอ้างอิง:

1. โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
   โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม version 2.3 ปีงบประมาณ 2561 ณ วันที่ 6 ธันวาคม 2560
   โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. มาตรฐานรหัสในโครงสร้างฐานข้อมูล)43 แฟ้ม(
   โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม version 2.3 ปีงบประมาณ 2561 ณ วันที่ 6 ธันวาคม 2560
   โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เอกสารประกอบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ข้อมูล 43 แฟ้มกับความเชื่อมโยงระบบรายงานมาตรฐาน ใน Health Data Center (HDC)” โดยทีมงาน HDC