

โครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ 43 เพิ่มมาตรฐาน

Version 16 มีนาคม 2555

เพิ่มที่	ชื่อเพิ่ม	จาก 21 เพิ่ม
เพิ่มข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ป่วย		
1	เพิ่ม PERSON	PERSON
2	เพิ่ม ADDRESS	PERSON
3	เพิ่ม DEATH	DEATH
4	เพิ่ม CARD	CARD
5	เพิ่ม DRUGALLERGY	
เพิ่ม ข้อมูลครัวเรือนของประชาชนในเขตรับผิดชอบ		
6	เพิ่ม HOME	HOME
เพิ่มข้อมูลการให้บริการ		
7	เพิ่ม SERVICE	SERVICE
8	เพิ่ม APPOINTMENT	APPOINT
เพิ่มข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก		
9	เพิ่ม ACCIDENT	
10	เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD	DIAG
11	เพิ่ม PROCEDURE_OPD	PROCED
12	เพิ่ม DRUG_OPD	DRUG
13	เพิ่ม CHARGE_OPD	
เพิ่มข้อมูลบริการผู้ป่วยใน		
14	เพิ่ม ADMISSION	
15	เพิ่ม DIAGNOSIS_IPD	
16	เพิ่ม PROCEDURE_IPD	
17	เพิ่ม DRUG_IPD	
18	เพิ่ม CHARGE_IPD	

แฟ้มที่	ชื่อแฟ้ม	จาก 21 แฟ้ม
แฟ้มข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค		
19	แฟ้ม SURVEILLANCE	SURVEIL
20	แฟ้ม WOMEN	WOMEN
21	แฟ้ม FP	FP
22	แฟ้ม EPI	EPI
23	แฟ้ม NUTRITION	NUTRI
24	แฟ้ม PRENATAL	MCH
25	แฟ้ม ANC	ANC
26	แฟ้ม LABOR	MCH
27	แฟ้ม POSTNATAL	MCH
28	แฟ้ม NEWBORN	PP
29	แฟ้ม NEWBORN_CARE	PP
30	แฟ้ม DENTAL	
31	แฟ้ม SPECIALPP	
แฟ้มข้อมูลคัดกรองและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
32	แฟ้ม NCDScreen	NCDScreen
33	แฟ้ม CHRONIC	CHRONIC
34	แฟ้ม CHRONICFU	CHRONICFU
35	แฟ้ม LABFU	LABFU
แฟ้มข้อมูลบริการในชุมชน		
36	แฟ้ม COMMUNITY_SERVICE	
แฟ้มข้อมูลความบกพร่องทางสุขภาพและบริการฟื้นฟูสภาพ		
37	แฟ้ม DISABILITY	
38	แฟ้ม ICF	
39	แฟ้ม FUNCTIONAL	
40	แฟ้ม REHABILITATION	

แฟ้มที่	ชื่อแฟ้ม	จาก 21 แฟ้ม
แฟ้มข้อมูลชุมชนและกิจกรรมในชุมชน		
41	แฟ้ม VILLAGE	
42	แฟ้ม COMMUNITY_ACTIVITY	
แฟ้มข้อมูลผู้ให้บริการ		
43	แฟ้ม PROVIDER	

โครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ 43 เพิ่มมาตรฐาน

16-มี.ค.-55

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	หน้า
1	แฟ้ม PERSON	1-3
2	แฟ้ม ADDRESS	4-5
3	แฟ้ม DEATH	6-7
4	แฟ้ม CARD	8-9
5	แฟ้ม DRUGALLERGY	10-11
6	แฟ้ม HOME	12-14
7	แฟ้ม SERVICE	15-17
8	แฟ้ม APPOINTMENT	18-19
9	แฟ้ม ACCIDENT	20-22
10	แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD	23-24
11	แฟ้ม PROCEDURE_OPD	25-26
12	แฟ้ม DRUG_OPD	27-28
13	แฟ้ม CHARGE_OPD	29-30
14	แฟ้ม ADMISSION	31-33
15	แฟ้ม DIAGNOSIS_IPD	34-35
16	แฟ้ม PROCEDURE_IPD	36-37
17	แฟ้ม DRUG_IPD	38-39
18	แฟ้ม CHARGE_IPD	40-41
19	แฟ้ม SURVEILLANCE	42-43
20	แฟ้ม WOMEN	44-45
21	แฟ้ม FP	46-47
22	แฟ้ม EPI	48-49
23	แฟ้ม NUTRITION	50-51
24	แฟ้ม PRENATAL	52-53
25	แฟ้ม ANC	54-55
26	แฟ้ม LABOR	56-57
27	แฟ้ม POSTNATAL	58
28	แฟ้ม NEWBORN	60-61
29	แฟ้ม NEWBORNCARE	62-63

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	หน้า
30	แฟ้ม DENTAL	64-67
31	แฟ้ม SPECIALPP	68-69
32	แฟ้ม NCDSCREEN	70-72
33	แฟ้ม CHRONIC	73-74
34	แฟ้ม CHRONICFU	75-76
35	แฟ้ม LABFU	77-78
36	แฟ้ม COMMUNITY_SERVICE	79-80
37	แฟ้ม DISABILITY	81-82
38	แฟ้ม ICF	83
39	แฟ้ม FUNCTIONAL	84
40	แฟ้ม REHABILITATION	85-86
41	แฟ้ม VILLAGE	87-89
42	แฟ้ม COMMUNITY_ACTIVITY	90
43	แฟ้ม PROVIDER	91-92

โครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ 43 เพิ่มมาตรฐาน

Filename

1. PERSON

Definition

หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
- 2) ประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ
- 3) ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เวอร์ชัน วันที่ 16 มีนาคม 2555

หมายเหตุ

เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	เลขที่บัตรประชาชน	CID		C	13		เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล	✓
3	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓
4	รหัสบ้าน	HID		C	14		รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ	✓
5	คำนำหน้า	PRENAME		C	3	Y	คำนำหน้าชื่อ อ้างอิงมาตรฐานตามกรมการปกครอง	
6	ชื่อ	NAME		C	50	Y	ชื่อ	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
7	นามสกุล	LNAME		C	50	Y	นามสกุล	✓
8	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	HN		C	15		เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	
9	เพศ	SEX		C	1	Y	1 = ชาย , 2 = หญิง	✓
10	วันเกิด	BIRTH		D	8	Y	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ)	✓
11	สถานะสมรส	MSTATUS		C	1		1 = โสด, 2 = คู่, 3 = ม่าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9=ไม่ทราบ	✓
12	อาชีพ(รหัสเก่า)	OCCUPATION_OLD		C	3		รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
13	อาชีพ(รหัสใหม่)	OCCUPATION_NEW		C	4		รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	
14	เชื้อชาติ	RACE		C	3		รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง	✓
15	สัญชาติ	NATION		C	3	Y	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	✓
16	ศาสนา	RELIGION		C	2		รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
17	ระดับการศึกษา	EDUCATION		C	2		รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
18	สถานะในครอบครัว	FSTATUS		C	1		1 = เจ้าบ้าน , 2 = ผู้อาศัย	
19	รหัส CID บิดา	FATHER		C	13		รหัสบัตรประชาชนของบิดา	
20	รหัส CID มารดา	MOTHER		C	13		รหัสบัตรประชาชนของมารดา	
21	รหัส CID คู่สมรส	COUPLE		C	13		รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส	
22	สถานะในชุมชน	VSTATUS		C	1		1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ	
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่	MOVEIN		D	8		วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	DISCHARGE		C	1		1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สิ้นสุด , 9 = ไม่จำหน่าย	✓
25	วันที่จำหน่าย	DDISCHARGE		D	8		วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
26	หมู่เลือด	ABOGROUP		C	1		1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O	
27	หมู่เลือด RH	RHGROUP		C	1		1 = positive , 2 = negative	
28	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	LABOR		C	2		รหัสมาตรฐานสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
29	เลขที่ passport	PASSPORT		C	8		เลขที่ passport	
30	สถานะบุคคล	TYPEAREA		C	1	Y	1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4= ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น	✓
31	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

2. ADDRESS

Definition

หมายถึง ข้อมูลที่อยู่ของผู้ที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- 2) ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ประชาชนผู้ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ข้อมูลที่อยู่ จะอยู่ในแฟ้ม HOME สำหรับข้อมูลที่อยู่ในแฟ้ม ADDRESS จะบันทึกเฉพาะข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เฉพาะกรณีที่มีทะเบียนบ้านไม่ตรงกับที่อยู่จริงในเขตรับผิดชอบเท่านั้น

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y (PK)	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) (program generate)	✓
3	ประเภทของที่อยู่	ADDRESSTYPE	Y	C	1	Y	1= ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, 2= ที่อยู่ที่ติดต่อได้	✓
4	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	HOUSE_ID		C	11		เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน	✓
5	ลักษณะของที่อยู่	HOUSETYPE		C	1	Y	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนท์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓
6	เลขห้อง	ROOMNO		C	10		หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก	
7	ชื่ออาคารชุด	CONDO		C	75		ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก	
8	บ้านเลขที่	HOUSENO		C	75		บ้านเลขที่	

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	ซอยแยก	SOISUB		C	255		ชื่อซอยแยก	
10	ซอยหลัก	SOIMAIN		C	255		ชื่อซอยหลัก	
11	ถนน	ROAD		C	255		ชื่อถนน	
12	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	VILLANAME		C	255		ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	
13	หมู่ที่	VILLAGE		C	2	Y	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	
14	ตำบล	TAMBON		C	2	Y	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓
15	อำเภอ	AMPUR		C	2	Y	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓
16	จังหวัด	CHANGWAT		C	2	Y	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓
17	เบอร์โทรศัพท์	TELEPHONE		C	15		เบอร์โทรศัพท์	
18	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	MOBILE		C	15		เบอร์โทรศัพท์มือถือ	
19	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename**3. DEATH****Definition**

หมายถึง ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
- 2) ผู้ป่วยที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูล
- สถานบริการระดับปฐมภูมิจะบันทึกข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เสียชีวิต เฉพาะกรณีเสียชีวิตนอกสถานพยาบาล และกรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ลักษณะแฟ้ม**แฟ้มสะสม**

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้เสียชีวิตหลังเดือนสิงหาคม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
3. กรณีที่มีผู้มารับบริการแล้วเสียชีวิตรายใหม่ หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่เสียชีวิตรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) (program generate)	✓
3	สถานบริการที่เสียชีวิต	HOSPDEATH		C	5		รหัสสถานพยาบาล ที่เป็นสถานที่เสียชีวิต กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล กรณีไม่ทราบว่าตายในสถานพยาบาลใดให้บันทึก "99999"	✓
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN		C	9		เลขที่ผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล	✓
5	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต	✓
6	วันที่ตาย	DDEATH		D	8	Y	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_a	CDEATH_A		C	6	Y	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	✓
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_b	CDEATH_B		C	6		ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_c	CDEATH_C		C	6		ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_d	CDEATH_D		C	6		ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุรุนแรง	ODISEASE		C	6		ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	
12	สาเหตุการตาย	CDEATH		C	6	Y	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	✓
13	การตั้งครรภ์และการคลอด	PREGDEATH		C	1		1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์, 2= เสียชีวิตระหว่างคลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน, 3 = ไม่ตั้งครรภ์, 4 = ผู้ชาย, 9 = ไม่ทราบ	✓
14	สถานที่ตาย	PDEATH		C	1	Y	1=ในสถานพยาบาล, 2=นอกสถานพยาบาล	✓
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

4. CARD

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
- 2) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพบันทึกทุกสิทธิที่มี และหากมีสิทธิใดที่สิ้นสุด ให้บันทึกวันที่สิ้นสุดของสิทธินั้น

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มสะสม

- 1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
- 2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ประเภทสิทธิการรักษา (รหัสเดิม)	INSTYPE_OLD		C	2		รหัสสิทธิมาตรฐาน เดิม	✓
4	ประเภทสิทธิการรักษา	INSTYPE_NEW	Y	C	4	Y	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	✓
5	เลขที่บัตรสิทธิ	INSID		C	18		หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา	
6	วันที่ออกบัตร	STARTDATE		D	8		วันเดือนปีที่ออกบัตร กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	
7	วันที่หมดอายุ	EXPIREDATE		D	8		วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	
8	สถานบริการหลัก	MAIN		C	5		รหัสสถานพยาบาลหลักคู่สัญญา กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	สถานบริการรอง	SUB		C	5		รหัสสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลในเครือข่าย 1 แห่ง (ถ้ามี) สำหรับประกันสังคม ตามมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

5. DRUGALLERGY

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการแพ้ยา อาจจะได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากสถานพยาบาลอื่น หรือจากการพบอาการแพ้ยาโดยสถานพยาบาลผู้ให้บริการเอง
- การแพ้ยา 1 ชนิด จะมี 1 record หากแพ้ยามากกว่า 1 ชนิด จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

1. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับ เชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	วันที่บันทึกประวัติการแพ้ยา	DATERECORD		D	8	Y	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา	✓
4	รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา	DRUGALLERGY	Y	C	24	Y	รหัสยาตามฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลใน กรณีที่ยังไม่มีรหัสมาตรฐาน 24 หลัก	✓
5	ชื่อยา	DNAME		C	255		ชื่อยา	✓
6	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา	TYPEDX		C	1		ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท (1= certain, 2= probable, 3= possible, 4= unlikely, 5= unclassified)	✓
7	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ALEVEL		C	1		ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ	✓
							1.ไม่ร้ายแรง (Non-serious)	
							2.ร้ายแรง - เสียชีวิต (Death)	

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
							3.ร้ายแรง - อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening)	
							4.ร้ายแรง - ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initial)	
							5.ร้ายแรง - ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น	
							6.ร้ายแรง - พิการ (Disability)	
							7.ร้ายแรง - เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly)	
							8.ร้ายแรง-อื่นๆ	
							(คือ เหตุการณ์ร้ายแรงอื่น ๆ ที่สำคัญทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด กรณีนี้รวมถึงผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการหายใจติดขัดอย่างรุนแรงและต้องรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเกิดผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น	
8	ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ	SYMPTOM		C	2		ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ)	
9	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	INFORMANT		C	1	Y	1= ผู้ป่วยให้ประวัติเอง, 2= ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลอื่น, 3= สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล, 4= สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง	✓
10	รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	INFORMHOSP		C	5		รหัสสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

6. HOME

Definition

หมายถึง ข้อมูลที่ตั้งและสุขภาพิบาลของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) หลังคาเรือนทุกหลังในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- 1 หลังคาเรือน จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเขตรับผิดชอบ ทำให้หลังคาเรือนนั้นอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเขต
รับผิดชอบ

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีหลังคาเรือนใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของหลังคาเรือนเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง
ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	รหัสบ้าน	HID	Y	C	14	Y	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	✓
3	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	HOUSE_ID		C	11		เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน	
4	ประเภทที่อยู่	HOUSETYPE		C	1	Y	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนท์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓
5	เลขห้อง	ROOMNO		C	10		หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก	
6	ชื่ออาคารชุด	CONDO		C	75		ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก	
7	บ้านเลขที่	HOUSE		C	75		บ้านเลขที่	
8	ชอยแยก	SOISUB		C	255		ชื่อชอยแยก	
9	ชอยหลัก	SOIMAIN		C	255		ชื่อชอยหลัก	

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
10	ถนน	ROAD		C	255		ชื่อถนน	
11	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	VILLANAME		C	255		ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	
12	หมู่บ้าน	VILLAGE		C	2		รหัสเลขหมู่บ้าน เช่น 01 คือหมู่บ้าน 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	
13	ตำบล	TAMBON		C	2		รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓
14	อำเภอ	AMPUR		C	2		รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓
15	จังหวัด	CHANGWAT		C	2		รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓
16	เบอร์โทรศัพท์	TELEPHONE		C	15		เบอร์โทรศัพท์	✓
17	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ละติจูด)	LATITUDE		N	10		พิกัดละติจูดของครัวเรือน จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓
18	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ลองจิจูด)	LONGITUDE		N	10		พิกัดลองจิจูดของครัวเรือน จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓
19	จำนวนครอบครัว	NFAMILY		C	2		เป็นตัวเลข เช่น 1,2,3 เป็นต้น หากไม่มีใส่ 0	✓
20	ที่ตั้ง	LOCATYPE		C	1		1 = ในเขตเทศบาล , 2 = นอกเขตเทศบาล	✓
21	รหัส อสม.	VHVID		C	15		มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON	
22	รหัส เจ้าบ้าน	HEADID		C	15		มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON	
23	การมีส้วม	TOILET		C	1		0 = ไม่มี, 1 = มี , 9 = ไม่ทราบ	✓
24	น้ำดื่มพอเพียง	WATER		C	1		0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ	✓
25	ประเภทแหล่งน้ำดื่ม	WATERTYPE		C	1		1 = น้ำฝน, 2 = น้ำประปา, 3 = น้ำบาดาล, 4 = บ่อน้ำตื้น, 5= สระน้ำ แม่น้ำ, 6 = น้ำบรรจุเสร็จ, 9 = ไม่ทราบ	✓
26	วิธีกำจัดขยะ	GARBAGE		C	1		1 = ผึ่ง , 2 = เผา , 3 = หมักทำปุ๋ย , 4 = ส่งไปกำจัดที่อื่น, 9 = ไม่ทราบ	✓
27	การจัดบ้านถูกหลัก	HOUSING		C	1		0 = ไม่ถูก, 1 = ถูก , 9 = ไม่ทราบ	✓
28	ความคงทน	DURABILITY		C	1		1 = คงทน 1-4 ปี, 2 = คงทน 5 ปีขึ้นไป, 3 = ไม่คงทน, 9 = ไม่ทราบ	✓
29	ความสะอาด	CLEANLINESS		C	1		0 = ไม่สะอาด, 1 = สะอาด ,9 = ไม่ทราบ	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
30	การระบายอากาศ	VENTILATION		C	1		0 = ไม่ระบาย, 1 = ระบาย , 9 = ไม่ทราบ	✓
31	แสงสว่าง	LIGHT		C	1		0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ ,9 = ไม่ทราบ	✓
32	การกำจัดน้ำเสียในครัวเรือน	WATERTM		C	1		0 = ไม่กำจัด, 1 = กำจัด , 9 = ไม่ทราบ	✓
33	สารปรุงแต่งในครัว	MFOOD		C	1		0 = ไม่ใช้, 1 = ใช้ , 9 = ไม่ทราบ	✓
34	การควบคุมแมลงนำโรค	BCONTROL		C	1		0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ	✓
35	การควบคุมสัตว์นำโรค	ACONTROL		C	1		0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ	✓
36	การจัดเก็บสารเคมีอันตรายในบ้าน	CHEMICAL		C	1		0 = ไม่มี, 1 = มี (เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาล้างห้องน้ำ), 9 = ไม่ทราบ	✓
37	วันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ	OUTDATE		D	8		วันที่หลังคาเรือนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่	✓
38	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

7. SERVICE

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มาใช้บริการและการให้บริการนอกสถานพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการทุกครั้ง
- 2) ผู้ที่มาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสภาพทุกครั้ง
- 3) การให้บริการนอกสถานพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการให้บริการ 1 ครั้ง มี 1 record และอาจจะมีมารับบริการหลายอย่างในการรับบริการครั้งเดียวกันได้ โดยจะมีเลขที่ SEQ เดียวกัน

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

1 visit หมายถึงการมารับบริการครั้งใดๆ แม้ว่าจะมารับบริการหลายคลินิกก็ตาม (ทุกคลินิกที่มาใช้บริการในครั้งนั้นๆ ใช้ seq เดียวกัน)

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	HN		C	15		เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	✓
4	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
5	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
6	เวลาที่ให้บริการ	TIME_SERV		C	6		เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	
7	ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ	LOCATION		C	1	Y	1 = ในเขตรับผิดชอบ, 2 = นอกเขตรับผิดชอบ	✓
8	เวลามารับบริการ	INTIME		C	1		1 = ในเวลาราชการ, 2 = นอกเวลาราชการ	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	ประเภทสิทธิการรักษา	INSTYPE		C	4	Y	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓
10	เลขที่บัตรสิทธิ	INSID		C	18		หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา	
11	สถานบริการหลัก	MAIN		C	5		รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
12	ประเภทการมารับบริการ	TYPEIN		C	1	Y	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓
13	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	REFERINHOSP		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓
14	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	CAUSEIN		C	1		1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓
15	อาการสำคัญ	CHIEFCOMP		C	255		อาการสำคัญที่มารับบริการ	✓
16	สถานที่รับบริการ	SERVPLACE		C	1	Y	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓
17	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ	BTEMP		N	4		อุณหภูมิร่างกายแรกรับ (เซลเซียส) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ	SBP		N	3		ความดันโลหิต ซิสโตลิก แรกรับ (มม.ปรอท) กรณี accident ต้องบันทึก	✓
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกรับ	DBP		N	3		ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) กรณี accident ต้องบันทึกด้วย	✓
20	อัตราการเต้นของชีพจร	PR		N	3		อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที) กรณี accident ต้องบันทึกด้วย	✓
21	อัตราการหายใจ	RR		N	3		อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที) กรณี accident ต้องบันทึกด้วย	✓
22	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	TYPEOUT		C	1	Y	1 = จำหน่ายกลับบ้าน, 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน, 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 4 = เสียชีวิต, 5= เสียชีวิตก่อนมาถึงสถานพยาบาล, 6= เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 7= ปฏิเสธการรักษา, 8 = หนีกลับ	✓
23	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	REFEROUTHOS		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
24	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	CAUSEOUT		C	1		1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อไถ่บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓
25	ราคาทุนของบริการ	COST		N	11		ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	PRICE		N	11	Y	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	PAYPRICE		N	11	Y	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยม และเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓
28	เงินที่จ่ายจริง	ACTUALPAY		N	11	Y	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

8. APPOINTMENT

Definition

หมายถึง ข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของผู้ที่มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน(ที่ได้รับการจำหน่ายแล้ว)ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
- 2) ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
- 3) การให้บริการนอกสถานพยาบาล ที่มีการนัดหมายให้มารับบริการ

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล ที่มีการนัดหมายมารับบริการ
- ข้อมูลการนัด 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการนัดมารับบริการหลายประเภทในวันเดียวกัน จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN		C	9		เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓
4	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	รหัสการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	✓
5	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กรณีที่เป็นผู้ป่วยในใช้วันที่ของ date_serv ของ service	✓
6	แผนกที่รับบริการ	CLINIC		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
7	วันที่นัด	APDATE		D	8	Y	วันเดือนปีทีนัดครั้งต่อไป กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
8	ประเภทกิจกรรมที่นัด	APTYPE	Y	C	3	Y	รหัสกิจกรรมการนัด ตามที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด	✓
9	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ	APDIAG		C	6		รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

9. ACCIDENT

Definition

หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต. ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ ข้อมูลวินิจฉัยโรคอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD หัตถการและผ่าตัด อยู่ในแฟ้ม PROCEDURE_OPD หากมีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะเชื่อมกับแฟ้ม ADMISSION, DIAGNOSIS_IPD, PROCEDURE_IPD ด้วย AN ในแฟ้ม SERVICE

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่และเวลามารับบริการ	DATETIME_SERV		DT	14	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	✓
5	วันที่และเวลาเกิดอุบัติเหตุ	DATETIME_AE		DT	14		วันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน กำหนดเป็น ค.ศ.	✓
6	ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ	AETYPE		C	2		รหัสสาเหตุ 19 สาเหตุ ตามมาตรฐานอ้างอิงตามสำนักกระบาดวิทยา	✓
7	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	AEPLACE		C	2	Y	01 = ที่บ้าน หรืออาคารที่พัก, 02 = ในสถานที่ทำงาน ยกเว้นโรงงานหรือก่อสร้าง, 03= ในโรงงานอุตสาหกรรม หรือบริเวณก่อสร้าง, 04 = ภายในอาคารอื่นๆ, 05= ในสถานที่สาธารณะ, 06 = ในชุมชน และไร่นา, 07 = บนถนนสายหลัก, 08 = บนถนนสายรอง, 09 = ในแม่น้ำ ลำคลอง หนองน้ำ, 10= ในทะเล, 11 = ในป่า/ภูเขา, 98 = อื่นๆ, 99= ไม่ทราบ	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
8	ประเภทการมารับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	TYPEIN_AE		C	1	Y	1 = มารับบริการเอง, 2 = ได้รับการส่งตัวโดย First responder , 3 = ได้รับการส่งตัวโดย BLS, 4 = ได้รับการส่งตัวโดย ILS ,5 = ได้รับการส่งตัวโดย ALS, 6 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 7 = อื่น ๆ ,9=ไม่	✓
9	ประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร)	TRAFFIC		C	1		1= ผู้ขับขี่, 2= ผู้โดยสาร, 3= คนเดินเท้า, 8= อื่นๆ, 9= ไม่ทราบ	✓
10	ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ (อุบัติเหตุจราจร)	VEHICLE		C	2		01= จักรยานและสามล้อถีบ, 02= จักรยานยนต์, 03= สามล้อเครื่อง, 04= รถยนต์นั่ง/แท็กซี่, 05= รถปิกอัพ, 06= รถตู้, 07= รถโดยสารสองแถว, 08= รถโดยสารใหญ่ (รถบัส รถเมล์), 09= รถบรรทุก/รถพ่วง, 10= เรือโดยสาร 11= เรืออื่นๆ, 12= อากาศยาน, 98= อื่นๆ 99= ไม่ทราบ	✓
11	การดื่มแอลกอฮอล์	ALCOHOL		C	1	Y	1= ดื่ม, 2= ไม่ดื่ม, 9= ไม่ทราบ	✓
12	การใช้ยาสารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ	NACROTIC_DRUG		C	1	Y	1= ใช้, 2= ไม่ใช้, 9= ไม่ทราบ	✓
13	การคาดเข็มขัดนิรภัย	BELT		C	1		1= คาด, 2= ไม่คาด, 9= ไม่ทราบ	✓
14	การสวมหมวกนิรภัย	HELMET		C	1		1= สวม, 2= ไม่สวม, 9= ไม่ทราบ	✓
15	การดูแลการหายใจ	AIRWAY		C	1	Y	1= มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง 3= ไม่จำเป็น	✓
16	การห้ามเลือด	STOPBLEED		C	1	Y	1= มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง , 3= ไม่จำเป็น	✓
17	การใส่ splint/ slab	SPLINT		C	1	Y	1= มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการใส่ splint/slabก่อนมาถึง , 3= ไม่จำเป็น	✓
18	การให้น้ำเกลือ	FLUID		C	1	Y	1= มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง , 3= ไม่จำเป็น	✓
19	ระดับความเร่งด่วน	URGENCY		C	1	Y	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= life threatening, 2= emergency, 3= urgent, 4= acute, 5= non acute, 6 = ไม่แน่ใจ)	✓
20	ระดับความรู้สึกทางด้านตา	COMA_EYE		C	1		ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของตา	✓
21	ระดับความรู้สึกทางการพูด	COMA_SPEAK		C	1		ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการพูด	✓
22	ระดับความรู้สึกทางการเคลื่อนไหว	COMA_MOVEMENT		C	1		ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการเคลื่อนไหว	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
23	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

10. DIAGNOSIS_OPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- วินิจฉัยโรค 1 โรค หรือข้อมูล 1 รหัส จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค หรือ 1 รหัสบริการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
5	ประเภทการวินิจฉัย	DIAGTYPE		C	1	Y	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY(การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION(การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม) 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก)	✓
6	รหัสการวินิจฉัย	DIAGCODE	Y	C	6	Y	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓
7	แผนกที่รับบริการ	CLINIC		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

11. PROCEDURE_OPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัสหัตถการ ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	แผนกที่รับบริการ	CLINIC		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
6	รหัสหัตถการ	PROCEDCODE	Y	C	7	Y	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓
7	ราคาค่าหัตถการ	SERVICEPRICE		N	11		ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

12. DRUG_OPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	แผนกที่รับบริการ	CLINIC		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัทยาของสถานพยาบาล	DIDSTD	Y	C	24	Y	รหัทยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัทยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัทยามาตรฐาน 24 หลัก	✓
7	ชื่อยา	DNAME		C	255		ชื่อยา	✓
8	จำนวน	AMOUNT		N	12		จำนวนยาที่จ่าย	✓
9	หน่วยนับของยา	UNIT		C	3		รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	UNIT_PACKING		C	20		ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่ายยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกันของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้	✓
11	ราคาขาย	DRUGPRICE		N	11		ราคาขายให้กับผู้รับบริการ	✓
12	ราคาทุน	DRUGCOST		N	11		ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)	✓
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

13. CHARGE_OPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย หากรายการค่าบริการ 1 รายการ ต้องใช้มากกว่า 1 สิทธิ ก็จะมีมากกว่า 1 record สำหรับรายการค่าบริการ 1 รายการ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการใช้บริการแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม SERVICE

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	แผนกที่รับบริการ	CLINIC		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
6	หมวดของค่าบริการ	CHARGEITEM	Y	C	2	Y	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
7	รหัสรายการค่าบริการ	CHARGELIST	Y	C	6	Y	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	QUANTITY		N	11		จำนวนหน่วยที่เบิก	✓
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	INSTYPE	Y	C	4	Y	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓
10	ราคาทุนของบริการ	COST		N	11		ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	PRICE		N	11	Y	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	PAYPRICE		N	11		จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บ ให้ใส่เลขศูนย์	✓
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

14. ADMISSION

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มาเองและที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น
- การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้รักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อมูลสรุปสุดท้าย จะเป็นข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

1 admission หมายถึงการมาอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แม้ว่าจะมีการย้ายไปหลายแผนกก็ตาม (ทุกแผนกที่รักษาในครั้งนั้นๆ ใช้ AN เดียวกัน)

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN	Y	C	9	Y	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓
5	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓
6	แผนกที่รับผู้ป่วย	WARDADMIT		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
7	ประเภทสิทธิการรักษา	INSTYPE		C	4	Y	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ (สิทธิหลักในการ admit ครั้งนั้น)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
8	ประเภทการมารับบริการ	TYPEIN		C	1	Y	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓
9	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	REFERINHOSP		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓
10	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	CAUSEIN		C	1		1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓
11	น้ำหนักแรกรับ	ADMITWEIGHT		N	5		น้ำหนักผู้ป่วยแรกรับ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓
12	ส่วนสูงแรกรับ	ADMITHEIGHT		N	3		ส่วนสูงผู้ป่วยแรกรับ (ซ.ม.)	✓
13	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย	DATETIME_DISCH		DT	14	Y	วันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.	✓
14	แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย	WARDDISCH		C	5	Y	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
15	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	DISCHSTATUS		C	1	Y	รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	✓
16	วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย	DISCHTYPE		C	1	Y	รหัสชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย	✓
17	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	REFEROUTHOSP		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓
18	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	CAUSEOUT		C	1		1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓
19	ราคาทุนของบริการ	COST		N	11		ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	
20	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	PRICE		N	11	Y	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	PAYPRICE		N	11	Y	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓
22	เงินที่จ่ายจริง	ACTUALPAY		N	11	Y	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน (หมอผู้รับผิดชอบคนใช้หลัก)	✓
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

15. DIAGNOSIS_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- วินิจฉัยโรค 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN	Y	C	9	Y	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	WARDDIAG		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
6	ประเภทการวินิจฉัย	DIAGTYPE		C	1	Y	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY(การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION(การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
7	รหัสการวินิจฉัย	DIAGCODE	Y	C	6	Y	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

16. PROCEDURE_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN	Y	C	9	Y	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	WARDSTAY		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
6	รหัสหัตถการ	PROCEDCODE	Y	C	7	Y	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓
7	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ	TIMESTART	Y	DT	14	Y	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓
8	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	TIMEFINISH		DT	14		วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓
9	ราคาค่าหัตถการ	SERVICEPRICE		N	11		ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

17. DRUG_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

- 1) ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ โดยระบุวันที่เริ่มให้ และวันที่สิ้นสุดการให้
- สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN	Y	C	9	Y	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	WARDSTAY		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
6	ประเภทการจ่ายยา	TYPEDRUG	Y	C	1	Y	1= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 2= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน	✓
7	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล	DIDSTD	Y	C	24	Y	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล ในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	✓
8	ชื่อยา	DNAME		C	255		ชื่อยา	

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	วันที่เริ่มให้ยา	DATESTART		D	8		วันที่เริ่มให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสต์ศักราช	
10	วันที่เลิกให้ยา	DATEFINISH		D	8		วันที่เลิกให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสต์ศักราช	
11	จำนวน	AMOUNT		N	12		จำนวนยาที่จ่าย	
12	หน่วยนับของยา	UNIT		C	3		รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
13	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	UNIT_PACKING		C	20		ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT	
14	ราคาขาย	DRUGPRICE		N	11		ราคาขายให้กับผู้รับบริการ	✓
15	ราคาทุน	DRUGCOST		N	11		ราคาซื้อหรือราคาขายที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)	✓
16	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

18. CHARGE_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยในที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับรักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย หากรายการค่าบริการ 1 รายการ ต้องใช้มากกว่า 1 สิทธิ ก็จะมีมากกว่า 1 record สำหรับรายการค่าบริการ 1 รายการ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการรับรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม ADMISSION

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN	Y	C	9	Y	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	WARDSTAY		C	5	Y	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓
6	หมวดของค่าบริการ	CHARGEITEM	Y	C	2	Y	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	✓
7	รหัสรายการค่าบริการ	CHARGELIST	Y	C	6	Y	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	✓
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	QUANTITY		N	11		จำนวนหน่วยที่เบิก	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	INSTYPE	Y	C	4	Y	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓
10	ราคาทุนของบริการ	COST		N	11		ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	PRICE		N	11	Y	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	PAYPRICE		N	11	Y	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

19. SURVEILLANCE

Definition

หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การรายงานโรค 1 โรค จะมี 1 record หากผู้ป่วยมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record
- หากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค ในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน ถึงแม้จะมาสถานพยาบาลหลายครั้ง

ให้บันทึกวินิจฉัยโรคล่าสุด ใน record เดิมของการรายงานโรคครั้งแรกของการเจ็บป่วยครั้งนั้น เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN		C	9		เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	✓
6	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	DATETIME_ADMIT		DT	14		วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	✓
7	รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง	SYNDROME		C	4		รหัสกลุ่มอาการหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง (syndromic surveillance) สำหรับโรคติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
8	รหัสการวินิจฉัยแรกรับ	DIAGCODE	Y	C	6	Y	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) เมื่อแรกรับ	✓
9	รหัส 506 แรกรับ	CODE506		C	2	Y	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา เมื่อแรกรับ	✓
10	รหัสการวินิจฉัยล่าสุด	DIAGCODELAST		C	6		รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) จากวินิจฉัย	✓
11	รหัส 506 ล่าสุด	CODE506LAST		C	2		รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา จากวินิจฉัยล่าสุด	✓
12	วันที่เริ่มป่วย	ILLDATE		D	8	Y	วันเดือนปีที่เริ่มป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
13	บ้านเลขที่(ขณะป่วย)	ILLHOUSE		C	75		บ้านเลขที่ และถนน หรือซอย ตามทะเบียนบ้านขณะป่วย	
14	รหัสหมู่บ้าน(ขณะป่วย)	ILLVILLAGE		C	2	Y	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)ขณะป่วย	
15	รหัสตำบล(ขณะป่วย)	ILLTAMBON		C	2	Y	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓
16	รหัสอำเภอ(ขณะป่วย)	ILLAMPUR		C	2	Y	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓
17	รหัสจังหวัด(ขณะป่วย)	ILLCHANGWAT		C	2	Y	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓
18	พิกัดที่อยู่ขณะป่วย (ละติจูด)	LATITUDE		N	10		พิกัดละติจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	
19	พิกัดที่อยู่ขณะป่วย (ลองจิจูด)	LONGITUDE		N	10		พิกัดลองจิจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	
20	สภาพผู้ป่วย	PTSTATUS		C	1	Y	1 = หาย , 2 = ตาย , 3 = ยังรักษาอยู่ , 9 = ไม่ทราบ	✓
21	วันที่ตาย	DATE_DEATH		D	8		วันเดือนปีที่เสียชีวิต กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
22	สาเหตุการป่วย	COMPLICATION		C	3		รหัสแยกสาเหตุการป่วย ของกลุ่มโรคที่มีการแยกสาเหตุการป่วย เช่น อุบัติเหตุ ฯลฯ	
23	ชนิดของเชื้อโรค	ORGANISM		C	4		รหัสชนิดของเชื้อโรค ของกลุ่มโรคที่ต้องการบ่งชี้ชนิดของเชื้อโรค เช่น บิด ฯลฯ	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

20. WOMEN

Definition

หมายถึง ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี ทั้งที่แต่งงานและไม่แต่งงาน ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- หญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน	FPTYPE		C	1	Y	1 = ยาเม็ด, 2 = ยาฉีด, 3 = ห่วงอนามัย, 4 = ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย, 6= หมันชาย, 7= หมันหญิง, 8= นักระยะปลดอภัย, 9= ไม่คุมกำเนิด	✓
4	สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด	NOFPCAUSE		C	1		1 = ต้องการบุตร , 2 = หมันธรรมชาติ ,3 = อื่นๆ	✓
5	จำนวนบุตรทั้งหมดที่เคยมี	TOTALSON		N	2		จำนวนบุตรที่คลอดมีชีวิตทั้งหมดที่เคยมี รวมทั้งเสียชีวิตแล้ว เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	✓
6	จำนวนบุตรที่มีชีวิต	NUMBERSON		N	2		จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	✓
7	จำนวนการแท้งบุตร	ABORTION		N	2		จำนวนการแท้งบุตร เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
8	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด	STILLBIRTH		N	2		จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename**21. FP****Definition**

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้ที่มีรับบริการ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตรับผิดชอบ และบริการในสถานพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) หญิงที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมัน ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานพยาบาลอื่น
- 3) ผู้ชายที่มีรับบริการอุปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรจะเชื่อมโยงกับประวัติการคุมกำเนิดในแฟ้ม WOMEN
- การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละครั้ง จะมีมากกว่า 1 record ได้

ลักษณะแฟ้ม**แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีรับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่มีรับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
5	รหัสวิธีการคุมกำเนิด	FPTYPE	Y	C	1	Y	1 = ยาเม็ด , 2 = ยาฉีด , 3 = ห่วงอนามัย , 4= ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย 6= หมันชาย, 7= หมันหญิง	✓
6	สถานที่รับบริการ	FPPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

22. EPI

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการวัคซีนกับผู้ที่มาใช้บริการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีนในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการวัคซีน ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการวัคซีนจากสถานพยาบาลอื่น
- 3) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
- 4) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
- 5) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
- 6) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอื่นๆที่มาใช้บริการวัคซีน

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการวัคซีน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการวัคซีน รวมทั้งที่ให้ในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล (เช่น กรณีนักเรียนในโรงเรียน)
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการวัคซีน 1 ชนิด ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในการให้บริการครั้งหนึ่งมีการให้วัคซีนมากกว่า 1 ชนิด ก็จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	รหัสวัคซีน	VACCINETYPE	Y	C	3	Y	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (การรับวัคซีนแต่ละครั้ง ไม่ควรฉีดชนิดเดียวกันเกินหนึ่งเข็ม)	✓
6	สถานที่รับวัคซีน	VACCINEPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

23. NUTRITION

Definition

หมายถึง ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และนักเรียนในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) เด็ก 0-5 ปี เก็บข้อมูลปีละ 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม ,ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม ,ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน,ครั้งที่ 4 เดือนกรกฎาคม โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
- 2) อายุ 6 -18 ปี เก็บข้อมูลปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เทอมที่ 1 และครั้งที่ 2 เทอมที่ 2 โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

หมายเหตุ

- อายุ 18 ปีขึ้นไปให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม NCDSCREEN
- การวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการ รวมทั้งที่ทำในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการที่สถานพยาบาลอื่นทำกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการ 1 ครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
5	สถานที่รับบริการ	NUTRITIONPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
6	น้ำหนัก(กก.)	WEIGHT		N	5	Y	น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓
7	ส่วนสูง (ซม.)	HEIGHT		N	3	Y	ส่วนสูง (ซม.)	✓
8	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	HEADCIRCUM		N	3		เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	✓
9	ระดับพัฒนาการเด็ก	CHILDDEVELOP		C	1		1 = ปกติ, 2 = สงสัยช้ากว่าปกติ, 3 = ช้ากว่าปกติ	✓
10	อาหารที่รับประทานปัจจุบัน	FOOD		C	1		1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	✓
11	การใช้ขวดนม	BOTTLE		C	1		1 = ใช้ขวดนม, 2 = ไม่ใช้ขวดนม	✓
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

24. PRENATAL

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ และหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่น ให้บริการกับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมิน

ความครอบคลุมของบริการ

- การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

การจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ให้ส่งครั้งเดียวเมื่อมีการจัดเก็บข้อมูลครบทุกกิจกรรมในแฟ้ม

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ครรภ์ที่	GRAVIDA	Y	C	2	Y	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	LMP		D	8	Y	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	วันที่กำหนดคลอด	EDC		D	8		วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	✓
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	VDRL_RESULT		C	1	Y	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓
7	ผลการตรวจ HB_RS	HB_RESULT		C	1	Y	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓
8	ผลการตรวจ HIV_RS	HIV_RESULT		C	1	Y	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	วันที่ตรวจ HCT.	DATE_HCT		D	8		วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
10	ผลการตรวจ HCT	HCT_RESULT		N	2		ระดับฮีมาโตคริต (%)	✓
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	THALASSEMIA		C	1	Y	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓
12	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename**25. ANC****Definition**

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่น

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการฝากครรภ์ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรเชื่อมโยงกับประวัติการตั้งครรภ์ในแฟ้ม Prenatal
- การให้บริการฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม**แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	ครรภ์ที่	GRAVIDA		C	2	Y	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
6	ANC ช่วงที่	ANCNO		C	1	Y	ช่วงที่ 1 อายุครรภ์ 1-27 สัปดาห์ (ควรรก่อน 12 สัปดาห์) ช่วงที่ 2 อายุครรภ์ 28-31 สัปดาห์ ช่วงที่ 3 อายุครรภ์ 32-35 สัปดาห์ ช่วงที่ 4 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป	✓
7	อายุครรภ์	GA		C	2	Y	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓
8	ผลการตรวจ	ANCRESULT		C	1	Y	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓
9	สถานที่รับบริการฝากครรภ์	ANCPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

26. LABOR

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- การคลอด 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการคลอดครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการคลอดครั้งนั้น

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

การจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ให้ส่งครั้งเดียวเมื่อมีการจัดเก็บข้อมูลครบทุกกิจกรรมในแฟ้ม

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ครรภ์ที่	GRAVIDA	Y	C	2	Y	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	LMP		D	8	Y	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	วันที่กำหนดคลอด	EDC		D	8		วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	✓
6	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	BDATE		D	8	Y	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
7	ผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์	BRESULT		C	6	Y	รหัสโรค ICD - 10 TM	✓
8	สถานที่คลอด	BPLACE		C	1	Y	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนมัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ	✓
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	BHOSP		C	5		รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
10	วิธีการคลอด / สิ้นสุดการตั้งครรภ์	BTYPE		C	1	Y	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกัน, 6 = ABORTION	✓
11	ประเภทของผู้ทำคลอด	BDOCTOR		C	1	Y	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข(ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ	✓
12	จำนวนเกิดมีชีพ	LBORN		N	1	Y	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓
13	จำนวนตายคลอด	SBORN		N	1	Y	จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

27. POSTNATAL

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลประวัติการตรวจหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	ครรภ์ที่	GRAVIDA	Y	C	2	Y	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓
5	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	BDATE		D	8	Y	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
6	วันที่ดูแลแม่	PPCARE	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่ได้รับการดูแลแม่หลังคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	✓
7	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลแม่	PPPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
8	ผลการตรวจมารดาหลังคลอด	PPRESULT		C	1	Y	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

28. NEWBORN

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการคลอดของทารก ในเซตรับผิตชอบ ประกอบด้วย

- 1) ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเซตรับผิตชอบ

หมายเหตุ

- เซตรับผิตชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิตชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเซตรับผิตชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- ทารกหลังคลอด 1 คน จะมี 1 record หากในการคลอดครั้งเดียวกันมีทารกที่เกิดมีชีพมากกว่า 1 คน จะมีมากกว่า 1 record เช่น กรณีเด็กแฝด
- หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของทารกหลังคลอดคนเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิม ของทารกคนนั้น

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

การจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ให้ส่งครั้งเดียวเมื่อมีการจัดเก็บข้อมูลครบทุกกิจกรรมในแฟ้ม

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ทะเบียนบุคคล (แม่)	MPID		C	15	Y	ทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON และทะเบียนนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลนั้นมีมารดาเป็นบุคคลเดียวกัน ใช้อ้างอิงในแฟ้ม Person	✓
4	ครรภ์ที่	GRAVIDA		C	2		การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓
5	อายุครรภ์เมื่อคลอด	GA		C	2		อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓
6	วันที่คลอด	BDATE		D	8	Y	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
7	เวลาที่คลอด	BTIME		C	6		เวลาที่คลอด กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	✓
8	สถานที่คลอด	BPLACE		C	1	Y	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ	✓
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	BHOSP		C	5		รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
10	ลำดับที่ของทารกที่คลอด	BIRTHNO		C	1	Y	ลำดับที่ของการคลอด 1 = คลอดเดี่ยว, 2 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 1, 3 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 2, 4 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 3, 5 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 4	✓
11	วิธีการคลอด	BTYPE		C	1	Y	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกัน	✓
12	ประเภทของผู้ทำคลอด	BDOCTOR		C	1	Y	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข (ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ	✓
13	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	BWEIGHT		N	4		หน่วยนับเป็นกรัม	✓
14	ภาวะการมีขาดออกซิเจน	ASPHYXIA		C	1	Y	1 = ขาด , 2 = ไม่ขาด, 9 = ไม่ทราบ	✓
15	ได้รับ VIT K หรือไม่	VITK		C	1	Y	1 = ได้รับ , 2 = ไม่ได้รับ, 9 = ไม่ทราบ	✓
16	ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่	TSH		C	1	Y	1 = ได้รับการตรวจ , 2 = ไม่ได้ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓
17	ผลการตรวจ TSH	TSHRESULT		N	5		ผลการตรวจระดับ TSH บันทึกเป็นค่า (จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	✓
18	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

29. NEWBORNCARE

Definition

หมายถึง ข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอด ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

1) ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลการดูแลหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการดูแลทารกหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ ข้อมูลการสำรวจ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่คลอด	BDATE		D	8	Y	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	วันที่ดูแลลูก	BCARE	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่ลูกได้รับการดูแล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
6	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก	BCPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
7	ผลการตรวจทารกหลังคลอด	BCARERESULT		C	1	Y	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓
8	อาหารที่รับประทาน	FOOD		C	1	Y	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

30. DENTAL

Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และข้อมูลวางแผนการส่งเสริม ป้องกันและรักษา ของผู้ที่มารับบริการ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง
- 2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่
- 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพแต่ละครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับ เชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ	DENTTYPE		C	1	Y	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน, 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน, 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ, 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	✓
6	บริการใน-นอกสถานบริการ	SERVPLACE		C	1	Y	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	PTEETH		N	2		จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	✓
8	จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	PCARIES		N	2		จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	PFILLING		N	2		จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
10	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	PEXTRACT		N	2		จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	DTEETH		N	2		จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	✓
12	จำนวนฟันน้ำนมที่ไม่ได้อุด (ซี่)	DCARIES		N	2		จำนวนฟันน้ำนมที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	DFILLING		N	2		จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	DEXTRACT		N	2		จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓
15	จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	NEED_FLUORIDE		C	1		1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์, 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	✓
16	จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	NEED_SCALING		C	1		1 = ต้องขูดหินน้ำลาย, 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	✓
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	NEED_SEALANT		N	2		จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	✓
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด	NEED_PFILLING		N	2		จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด	NEED_DFILLING		N	2		จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓
20	จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคงรากฟัน	NEED_PEXTRACT		N	2		จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคงรากฟัน (ซี่)	✓
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคงรากฟัน	NEED_DEXTRACT		N	2		จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคงรากฟัน (ซี่)	✓
22	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	NPROSTHESIS		C	1		1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง, 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน, 3 = ต้องใส่ฟันเทียมล่าง, 4 = ไม่ต้องใส่ฟันเทียม	✓
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	PERMANENT_PERMA		N	2		จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	✓
24	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม	PERMANENT_PROST		N	2		จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี่)	✓
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	PROSTHESIS_PROST		N	2		จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี่)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
26	สภาวะปริทันต์	GUM		C	6		ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ, 1 = มีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังเห็นแถบดำบนเครื่องมือ, 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. (ขอบเหงือกอยู่ภายในแถบดำ), 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 มม.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	✓
27	สถานศึกษา	SCHOOLTYPE		C	1		กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด., 2 = ประถมศึกษารัฐบาล, 3 = ประถมศึกษาเทศบาล, 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น, 5 = ประถมศึกษาเอกชน, 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล, 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล, 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น, 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	✓
28	ระดับการศึกษา	CLASS		C	1		กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6	✓
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
30	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

31. SPECIALPP

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
- 2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ที่สถานพยาบาลอื่น

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในบริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

- 1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
- 2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	SERVPLACE		C	1	Y	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓
6	รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ	PPSPECIAL	Y	C	6	Y	รหัสการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ	✓
7	สถานที่รับบริการ	PPSPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

32. NCDScreen

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มาใช้บริการ และประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
- 2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สถานพยาบาลอื่น

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง จะมี 1 record โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำการคัดกรองครั้งเดียวกัน จะอยู่ใน record เดียวกัน และการติดตามผู้ที่พบความเสี่ยง (ยังไม่เป็นโรค) ก็จะมีบันทึกในแฟ้มนี้ด้วย

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

- 1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
- 2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
4	วันที่ตรวจ	DATE_SERV	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	SERVPLACE		C	1	Y	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓
6	ประวัติสูบบุหรี่	SMOKE		C	1	Y	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆ ครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ	✓
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ALCOHOL		C	1	Y	1 = ไม่ดื่ม, 2 = ดื่มนานๆ ครั้ง, 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว, 4 = ดื่มเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ	✓
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	DMFAMILY		C	1	Y	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ	✓
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	HTFAMILY		C	1	Y	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ	✓
10	น้ำหนัก	WEIGHT		N	5	Y	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓
11	ส่วนสูง	HEIGHT		N	3	Y	ส่วนสูง (ซม.)	✓
12	เส้นรอบเอว (ซ.ม.)	WAIST_CM		N	3	Y	เส้นรอบเอว (ซม.)	✓
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1	SBP_1		N	3	Y	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท)	✓
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	DBP_1		N	3	Y	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท)	✓
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	SBP_2		N	3	Y	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท)	✓
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	DBP_2		N	3	Y	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท)	✓
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	BSLEVEL		N	6		ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) จุดทศนิยม 2 หลัก	✓
18	วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	BSTEST		C	1		รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 2=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 4=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
19	สถานที่รับบริการคัดกรอง	SCREENPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

33. CHRONIC

Definition

หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน
- ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิมสำหรับโรคนั้น ของผู้ป่วยรายนั้น

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	DATE_DIAG		D	8		วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	✓
4	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	CHRONIC	Y	C	6	Y	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคเรื้อรัง)	✓
5	สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	HOSP_DX		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	✓
6	สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ	HOSP_RX		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ไปรับบริการประจำ	✓
7	วันที่จำหน่าย	DATE_DISCH		D	8		วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
8	ประเภทการจำหน่าย หรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด	TYPEDISCH		C	2	Y	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	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

34. CHRONICFU

Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบในแฟ้มข้อมูล DIAG_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย Complication
- การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

เก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษา และส่งข้อมูลให้จังหวัดและส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓
4	วันที่ตรวจ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	น้ำหนัก	WEIGHT		N	5	Y	น้ำหนักในวันมารับบริการ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 หลัก	✓
6	ส่วนสูง	HEIGHT		N	3	Y	ส่วนสูงในวันมารับบริการ (ซม.)	✓
7	เส้นรอบเอว (ซ.ม.)	WAIST_CM		N	3	Y	เส้นรอบเอว (ซม.)	✓
8	ความดันโลหิต ซิสโตลิก	SBP		N	3	Y	ความดันโลหิต ซิสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
9	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก	DBP		N	3	Y	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓
10	ตรวจเท้า	FOOT		C	1	Y	ตรวจเท้า (ตรวจแผล ผิวหนัง รูปเท้า การรับความรู้สึก ชีพจร) 1 = ตรวจ ผลปกติ, 2 = ไม่ตรวจ, 3 = ตรวจ ผลไม่ปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓
11	ตรวจจอประสาทตา	RETINA		C	1	Y	ตรวจจอประสาทตา 1 = ตรวจ ophthalmoscope ผลปกติ, 2 = ตรวจด้วย fundus camera ผลปกติ, 3 = ตรวจ ophthalmoscope ผลไม่ปกติ, 4 = ตรวจด้วย fundus camera ผลไม่ปกติ, 8 = ไม่ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

35. LABFU

Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้ป่วยที่ไม่ใช่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR <60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

1. เก็บข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และส่งข้อมูลให้จังหวัดและส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓
4	วันที่ตรวจ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	LABTEST	Y	C	7	Y	<p>รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>01=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร</p> <p>02=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร</p> <p>03=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร</p> <p>04=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร</p> <p>05=ตรวจ HbA1C</p> <p>06=ตรวจ Triglyceride</p> <p>07=ตรวจ Total Cholesterol</p> <p>08=ตรวจ HDL Cholesterol</p> <p>09=ตรวจ LDL Cholesterol</p> <p>10=ตรวจ BUN ในเลือด</p> <p>11=ตรวจ Creatinine ในเลือด</p> <p>12=ตรวจโปรตีน macroalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive)</p> <p>13=ตรวจโปรตีน microalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive)</p> <p>14=ตรวจหาค่า eGFR (สูตร CKD-EPI formula)</p> <p>15=ตรวจ Hb</p>	✓
							<p>16=ตรวจ UPCR (Urine protein creatinine ratio)</p> <p>17=ตรวจ K (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป หรือได้ยา ACEI//ARBs)</p> <p>18=ตรวจ Bicarb (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป)</p> <p>19=ตรวจ phosphate (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป)</p> <p>20=ตรวจ PTH (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป)</p>	

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
6	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	LABRESULT		N	6	Y	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดทศนิยม 2 หลัก)	✓
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

36. COMMUNITY_SERVICE

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ(CUP เดียวกัน) ที่ได้รับการบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- การให้บริการในชุมชน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการในชุมชน 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากให้บริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	รหัสการให้บริการในชุมชน	COMSERVICE	Y	C	7	Y	รหัสการให้บริการสุขภาพระดับบุคคลในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย.	✓
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

37. DISABILITY

Definition

หมายถึง ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- ตาม พรบ. มาตรา 4 ผู้พิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือจิตใจตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง หรือบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน
- ผู้พิการที่มี 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 ประเภทความพิการ ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม สำหรับความพิการนั้น ของผู้พิการรายนั้น

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	DISABID		C	13		เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
3	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
4	ประเภทความพิการ	DISABTYPE	Y	C	1	Y	รหัสประเภทความพิการ (6 ประเภท)	✓
5	สาเหตุความพิการ	DISABCAUSE		C	1		1 = ความพิการแต่กำเนิด, 2 = ความพิการจากการบาดเจ็บ, 3 = ความพิการจากโรค	✓
6	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ	DIAGCODE		C	6		รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 - TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ	✓
7	วันที่ตรวจพบความพิการ	DATE_DETECT		D	8	Y	วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	DATE_DISAB		D	8		วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

38. ICF

Definition

หมายถึง ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ ความสามารถ และปัจจัยอื่นๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) ผู้พิการ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้พิการที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (ไม่รวมรพ.สต.) และบันทึกเฉพาะรหัสมาตรฐาน 60 รหัสของ ICF ที่กำหนดโดยกระทรวงฯ
- กลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ในการประเมินแต่ละครั้ง จะมีสภาวะสุขภาพตาม ICF ได้มากกว่า 1 record ตามหลักเกณฑ์การประเมินตาม ICF

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	DISABID		C	13		เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ(ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓
3	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
4	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓
5	วันที่ประเมินสภาวะสุขภาพ	DATE_SERRV		D	8	Y	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
6	รหัสสภาวะสุขภาพ	ICF	Y	C	6	Y	รหัสสภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐาน ICF	✓
7	ระดับของสภาวะสุขภาพ	QUALIFIER		C	1	Y	ระดับของสภาวะสุขภาพ (ICF) ที่ประเมินได้ แบ่งเป็น 0-4 ,8 และ 9	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

39. FUNCTIONAL

Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (ไม่รวมรพ.สต.) ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และ 20 กลุ่มโรค sub-acute, non-acute
- การตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 วิธีการประเมิน จะมี 1 record หากมีการใช้วิธีการประเมินความบกพร่องหลายวิธี ในการประเมินครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ	Y	C	16	Y	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓
4	วันที่ประเมินความบกพร่อง	DATE_SERV		D	8	Y	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	วิธีประเมินความบกพร่อง	FUNCTIONAL_TEST	Y	C	2	Y	รหัสชนิดของเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	✓
6	คะแนนความบกพร่อง	TESTRESULT		C	3	Y	ผลการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ (ระดับคะแนน)	
7	ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	DEPENDENT		C	1		1= ไม่พึ่งพิง, 2= พึ่งพิงน้อย, 3= พึ่งพิงมาก	✓
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

40. REHABILITATION

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) ประกอบด้วย

- 1) ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพโดยสถานพยาบาลอื่น

หมายเหตุ

- ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายอย่างในการให้บริการครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยใน หากเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องติดต่อกัน สามารถบันทึกใน record เดียวกันได้ โดยระบุวันที่เริ่มรับบริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพและวันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกำรวข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	Y	C	15	Y	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓
3	ลำดับที่	SEQ		C	16		ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓
4	เลขที่ผู้ป่วยใน	AN		C	9		เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
5	วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	DATE_ADMIT		DT	14		วันเดือนปีที่มารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยในให้ใช้วันที่ DATE_SERV ใน SERVICE	✓
6	วันที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	DATE_SERV	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
7	วันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	DATE_START		D	8		วันเดือนปีที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน	✓
8	วันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	DATE_FINISH		D	8		วันเดือนปีที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน	✓
9	รหัสบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	REHABCODE	Y	C	7	Y	รหัสบริการฟื้นฟูสภาพที่ได้รับ	✓
10	รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	AT_DEVICE		C	10		รหัสกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ได้รับ	
11	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	AT_NO		N	2		จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ (ชิ้น)	
12	สถานที่รับบริการ	REHABPLACE		C	5		รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓

Filename

41. VILLAGE

Definition

หมายถึง ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ชุมชนหรือหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ	VID	Y	C	8	Y	รหัสชุมชน ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	✓
3	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก	NTRADITIONAL		N	4		จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
4	จำนวนพระในชุมชน	NMONK		N	4		จำนวนพระ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
5	จำนวนผู้นำศาสนาในชุมชน	NRELIGIONLEADER		N	4		จำนวนผู้นำศาสนา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
6	จำนวนหอกระจายข่าว	NBROADCAST		N	2		จำนวนหอกระจายข่าว ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
7	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน	NRADIO		N	2		จำนวนสถานีวิทยุชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
8	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	NPCHC		N	2		จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
9	จำนวนคลินิก	NCLINIC		N	3		จำนวนคลินิก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
10	จำนวนร้านขายยา	NDRUGSTORE		N	3		จำนวนร้านขายยา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
11	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	NCHILDCENTER		N	3		จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
12	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา	NPSCHOOL		N	2		จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
13	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา	NSSCHOOL		N	2		จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
14	จำนวนวัด	NTEMPLE		N	2		จำนวนวัด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
15	จำนวนศาสนสถานอื่นๆ	NRELIGIOUSPLACE		N	2		จำนวนศาสนสถาน เช่น โบสถ์ มัสยิด สถานปฏิบัติธรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
16	จำนวนตลาดสด	NMARKET		N	2		จำนวนตลาดสด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
17	จำนวนร้านขายของชำ	NSHOP		N	3		จำนวนร้านขายของชำ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
18	จำนวนร้านอาหาร	NFOODSHOP		N	3		จำนวนร้านอาหาร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
19	จำนวนหาบเร่ แผงลอย	NSTALL		N	3		จำนวนหาบเร่ แผงลอย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ที่มาเป็นประจำ	✓
20	จำนวนถังเก็บน้ำฝน	NRAINTANK		N	3		จำนวนถังเก็บน้ำฝน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
21	จำนวนฟาร์มสัตว์ปีก	NCHICKENFARM		N	3		จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
22	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร	NPIGFARM		N	3		จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
23	บ่อกำจัดน้ำเสียในชุมชน	WASTEWATER		C	1		1= มีบ่อกำจัดน้ำเสีย, 2= ไม่มีบ่อกำจัดน้ำเสีย	✓
24	สถานที่กำจัดขยะในชุมชน	GARBAGE		C	1		1= ไม่มีสถานที่กำจัดขยะ, 2= มีสถานที่ฝังกลบ, 3= มีสถานที่เผาขยะ, 4= มีสถานที่ย่อยทำลายขยะ, 5= ขนส่งไปที่อื่น ,9= กำจัดขยะด้วย	✓
25	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	NFACTORY		N	3		จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
26	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)	LATITUDE		N	10		พิกัดละติจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓
27	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ลองจิจูด)	LONGITUDE		N	10		พิกัดลองจิจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓
28	วันที่แยกชุมชนออกนอกเขต	OUTDATE		D	8		วันที่ชุมชนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่	✓
29	จำนวนแหล่งอบายมุข	NUMACTUALLY		D	2		บ่อนการพนัน สถานบริการทางเพศ คาราโอเกะ ผับบาร์ รวมทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	✓
30	ประเภทของความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ	RISKTYPE		D	3		ลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ	✓
31	จำนวนชุมชนต่างดาว	NUMSTATELESS		D	3		จำนวนชุมชนต่างดาวในหมู่บ้าน	✓
32	จำนวนชมรมออกกำลังกาย	NEXERCISECLUB		N	3		จำนวนชมรมออกกำลังกาย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
33	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	NOLDERLYCLUB		N	3		จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
34	จำนวนชมรมผู้พิการ	NDISABLECLUB		N	3		จำนวนชมรมผู้พิการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
35	จำนวนชมรม To Be Number 1	NNUMBERONECLUB		N	3		จำนวนชมรม To Be Number 1 ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓
36	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

42. COMMUNITY_ACTIVITY

Definition

หมายถึง ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) กิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- กิจกรรมในชุมชน 1 กิจกรรม ในแต่ละครั้ง ในแต่ละชุมชน จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม	VID	Y	C	8	Y	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	✓
3	วันที่เริ่มจัดกิจกรรม	DATE_START	Y	D	8	Y	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
4	วันที่สิ้นสุดการจัดกิจกรรม	DATE_FINISH		D	8		วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓
5	รหัสกิจกรรมในชุมชน	COMACTIVITY	Y	C	7	Y	รหัสกิจกรรมในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย.	✓
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER		C	15		เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓

Filename

Definition

43. PROVIDER

หมายถึง ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) แพทย์และทันตแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย
- 2) บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา หรือให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
- 3) บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยฯ ที่ให้บริการ
- 4) บุคลากรสาขาอื่น (ที่กำหนด) ที่ทำหน้าที่ให้บริการ
- 5) อาสาสมัครสาธารณสุข

หมายเหตุ

- บุคลากรผู้ให้บริการ หมายถึง ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- บุคลากร 1 คน จะมี 1 record หากมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ จะบันทึกใน record เดิม ของบุคลากรคนนั้น

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้ให้บริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้บริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	Y	C	5	Y	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓
2	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER	Y	C	15	Y	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓
3	หมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	REGISTERNO		C	15		หมายเลขทะเบียนที่ออกให้โดยสภาวิชาชีพ	✓
4	รหัสสภาวิชาชีพ	COUNCIL		C	2		รหัสสภาวิชาชีพผู้ออกหมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	✓
5	เลขที่บัตรประชาชน	CID		C	13	Y	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล	✓
6	คำนำหน้า	PRENAME		C	20	Y	คำนำหน้าชื่อ มาตรฐานตามกรมการปกครอง	
7	ชื่อ	NAME		C	50	Y	ชื่อ	✓

No	CAPTION	NAME	PK	TYPE	WIDTH	NOT NULL	DESCRIPTION	การตรวจสอบ
8	นามสกุล	LNAME		C	50	Y	นามสกุล	✓
9	เพศ	SEX		C	1	Y	1 = ชาย , 2 = หญิง	✓
10	วันเกิด	BIRTH		D	8	Y	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวันเดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคม ของปี ค.ศ.นั้นๆ)	✓
11	รหัสประเภทบุคลากร	PROVIDERTYPE		C	2	Y	รหัสประเภทบุคลากร 01= แพทย์, 02= ทันตแพทย์, 03= พยาบาลวิชาชีพ (ที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา), 04= เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน, 05= นักวิชาการสาธารณสุข, 06=เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, 07= อสม. (ผู้ให้บริการในชุมชน), 08= บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์), 09= อื่นๆ	✓
12	วันที่เริ่มปฏิบัติงาน	STARTDATE		D	8	Y	วันที่เริ่มปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลนี้	✓
13	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงาน	OUTDATE		D	8		วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลนี้	✓
14	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา	MOVEFROM		C	5		รหัสสถานพยาบาล ที่ย้ายมา ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	
15	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป	MOVETO		C	5		รหัสสถานพยาบาล ที่ย้ายไป ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	D_UPDATE		DT	14	Y	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓