

เปรียบเทียบมาตรฐาน JC International และ มาตรฐาน HA ฉบับปีกาณณานิกษก/นุรณการ

Access to Care and Continuity of Care

JC International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกาณณานิกษก/นุรณการ
ACC.1 Patient have access to the health care organization's services based on their identified health care needs and the organization's mission and resources	
ACC.1.1 The organization has a process for admitting patients to the organization. ACC.1.1.1 Patients with emergency or immediate needs are given priority for assessment and treatment. ACC.1.1.2 Patient need for preventive, palliative, curative and rehabilitation services are prioritized based on the patient's condition at the time of entry to the organization	GEN.8.2 (1) มีการจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่เร่งด่วนได้อย่างทันเหตุการณ์
ACC.1.2 At admission, the health care organization provides the following information to patients and appropriate family members or decision makers: information on proposed care, the expected results of that care, and any expected cost to the patient for the care.	GEN.8.3 (4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว -ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
ACC.1.3 The organization seeks to reduce physical, language, cultural, and other barrier to access and deliveries of services.	GOV.1 (5) กำหนดกลไกเพื่อสร้างหลักประกันว่าจะให้บริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน (GOV.1.11) ETH.1 (6) มีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกันโดยไม่ขึ้นกับสถานที่ ผู้ให้บริการ ความสามารถหรือวิธีการชำระเงิน (ETH.1.6)

ACC.1.4 Diagnostic tests for determining patient need are completed and used as appropriate to determine whether the patient should be admitted, transferred, or referred.	
ACC.1.5 Entry to or transfer to units providing intensive or specialized services is determined by established criteria.	
ACC.1.6 Established protocols or criteria determine admission or transfer to research and other programs designed to meet special patient needs.	
ACC.2 The organization designs and carries out process to provide continuity of patient care services in the organization and coordination among health professionals.	
ACC.2.1 During all phases of care, there is a qualified individual identified as responsible for the patient's care.	GEN.8.5 (3) มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม
ACC.2.2 Information about the patient's care and response to care is share among medical, nursing, and other care providers during each staff shift, between shifts, and during transfers between units.	GEN.8.1 (5) การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา -มีระบบบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์เพื่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพ/ผู้ให้บริการ -การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน
ACC.2.3 The patient's record(s) is available to the care providers to facilitate the exchange of information.	
ACC.2.4 Information related to the patient's care is transferred with the patient.	
ACC.3 There is a process to appropriately refer or discharge patients.	
ACC.3.1 The organization cooperates with health care practitioners and outside agencies to ensure timely and	

appropriate referrals.	
ACC.3.2 Patients and, as appropriate, their family are given understandable follow-up instructions at referral or discharge.	<p>GEN.8.7 (1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ - คำนึงถึงระดับความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว - วางแผนครบถ้วนทุกองค์ประกอบ
ACC.3.3 Patient records contain a copy of the discharge summary.	
ACC.4 There is a process to appropriately transfer patients to other organization to meet their continuing care needs.	<p>GEN.8.7 (2) การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการดูแลรักษาใกล้บ้าน - มีระบบที่จะรับทราบปัญหาของการไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น
ACC.4.1 The referring organization determine that the receiving organization can meet the patient's continuing care need.	
ACC.4.1.1 The organization establishes formal or informal arrangement and affiliation with receiving organizations to ensure continuity of care for its patients.	
ACC.4.2 The receiving organization is given a written summary of the patient's clinical condition and the interventions provided by the referring organization.	
ACC.4.3 During transfer, a qualified staff member monitors the patient's condition.	
ACC.4.4 The transfer process is documented in the patient's record.	
ACC.5 The process for referring, transferring, or discharging the patient considers transportation need.	

Patient and Family Right

JC International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกาณจนานิกษก/นุรณการ
PFR.1 The organization is responsible for providing processes that support patients' and families' right during care	ETH.1 เจ้าหน้าทีทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา
PFR.1.1 The organization informs patients and families about its care and services and how to access those services.	
PFR.1.2 Care is considerate and respectful of the patient's personal value and beliefs.	
PFR.1.2.1 The organization has a process to respond to patient and family requests for pastoral services or similar requests related to the patient's spiritual and religious beliefs.	
PFR.1.3 Care is respectful of the patient's need for privacy	ENV.1 (1) /GEN.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา/การได้ยินโดยบุคคลอื่น
PFR.1.4 The organization takes measures to protect patients' possession from theft or loss.	
PFR.1.5 Patients are protected from physical assault.	
PFR.1.6 Vulnerable children, disabled individuals, and the elderly receive appropriate protection.	ETH.2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ (เด็ก ผู้ป่วยที่ต้องแยก/ผูกยึด/ให้ยาฉุกเฉิน) ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม
PFR.1.7 Patient information is confidential and protected from loss or misuse.	ETH.1.2 ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง ในการขอดูแลรักษา และการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนของตน
PFR.2 The organization support patients' and families' right to	

participate in the care process.	
PFR.2.1 The organization informs patients and families how they will be told of medical conditions and treatments and how they can participate in care decisions, to the extent they wish to participate.	ETH.1 (2) ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเองในการได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งวิธีการตรวจรักษาต่างๆ
PFR.2.2 The organization informs patients and families about their right and responsibilities related to refusing or discontinuing treatment.	
PFR.2.3 The organization respects patient wishes and preferences to withhold resuscitative services and forgo or withdraw life-sustaining treatments.	ETH.3 (1) มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายโดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม (ETH.3.1)
PFR.2.4 The organization support the patient's right to appropriate assessment and management of pain.	
PFR.2.5 The organization supports the patients' right to respectful and compassionate care at the end of life.	ETH.2 (2) มีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างรอบคอบ (ETH.2.2)
PFR.3 The organization informs patients and families about how to choose to donate organ or other tissues.	ETH.3 (5) มีจริยธรรมในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน (ETH.3.4) - เกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ - กลไกการแจ้งให้ผู้บริจาค และ/หรือ ครอบครัวตัดสินใจ - แบบฟอร์มสำหรับผู้บริจาคหรือญาติลงนามยินยอมในการบริจาค
PFR.4 The organization informs patients and families about how to gain access to clinical research, investigation, or clinical trials involving human subjects.	ETH.1 (2) ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเองในการเลือกเข้า/ไม่เข้าร่วมในการวิจัยหรือการฝึกอบรมของนักศึกษา
PFR.5 The organization informs patients and families about how patients who choose to participate in clinical research, investigation, or clinical trials are protected.	

PFR.6 The organization informs patients and families about its process to receive and act on complaints, conflicts, and differences of opinion about patient care and the patient's right to participate in these processes.	
PFR.7 Staff members are educated about their role in identifying patients' values and beliefs and protecting patients' right.	ETH.1 (1) มีหลักฐานว่าโรงพยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย (ETH.1.1) - มีการสร้างความตระหนักถึงหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
PFR.8 All patients are informed about their rights in a manner they can understand.	ETH.1 (2) ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง
PFR.9 Patient informed consent is obtained through a process defined by the organization and carried out by trained staff.	ETH.1 (4) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษ (ETH.1.4)
PFR.9.1 Patients and families receive adequate information about the illness, proposed treatment, and care providers so that they can make care decision.	GEN.8.3 (5) การลงนามยินยอมรับการรักษ มีการลงนามยินยอมรับการรักษโดยผู้ป่วยหรือญาติหลังจากได้รับการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ มีการระบุชัดเจนถึงข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยในใบยินยอมรับการรักษ
PFR.9.1.1 The information is provided in a way and language understood by those making care decision.	เป็นการให้การยินยอมเฉพาะการทำหัตถการแต่ละครั้ง
PFR.9.2 The organization establishes a process, within the context of existing law and culture, for when other can grant consent.	
PFR.9.2.1 When someone other than the patients gives the informed consent, that individual is noted in the patient's record	
PFR.9.3 General consent for treatment is obtained when the patient enters the organization.	
PFR.9.3.1 The patient and his or her decision-makers are	

informed about the scope and limit of such general consent.	
PFR.9.4 Informed consent is obtained before surgery, anesthesia, use of blood and blood products, and other high-risk treatments and procedures.	ควรมีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษาลงหลังจากที่ได้รับคำอธิบายจนเข้าใจแล้ว ก่อนที่จะให้บริการหรือมีกิจกรรมต่อไป: การดมยาสลบ/ให้ยาระงับความรู้สึก, การผ่าตัด, การให้ยาพิเศษซึ่งไม่ได้ใช้ในกรณีทั่วไป, การบันทึกภาพหรือเสียง, การรักษาด้วย electro-convulsion, การปฏิบัติอื่นๆ ที่ต้องได้รับความยินยอมตามข้อกำหนดของกฎหมาย
PFR.9.4.1 The organization lists those categories or type of treatments and procedures that require specific informed consent.	
PFR.9.5 Informed consent is obtained before a patient participates in clinical research, investigation, and trials.	ควรมีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษาลงหลังจากที่ได้รับคำอธิบายจนเข้าใจแล้ว ก่อนที่จะให้บริการหรือมีกิจกรรมต่อไป: การตรวจวินิจฉัยที่มีความเสี่ยงสูง, การเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือการเรียนการสอน
PFR.9.5.1 The organization has a committee or another way to oversee all research in the organization involving human subjects.	
PFR.9.6 The patient's signature or other indication of all type of consent is documented in his or her record.	
PFR.10 The organization provides patient care within business, financial, ethical, and legal norms that protect patients and their rights.	ETH.3 จริยธรรมองค์กร มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย
PFR.10.1 The organization's mission statement is made public.	ชนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

PFR.10.2 The organization has established and implemented a framework for ethical management that include marketing, admission, transfer, and discharge, and disclosure of ownership and any business and professional conflicts that may not be in patients' best interests.	(2) มีจริยธรรมในเรื่องค่าบริการ (3) มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ (ETH.3.3) (4) มีจริยธรรมในการรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย (ETH.3.3)
---	---

Assessment of Patient

JCI International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกัญญาณทิษก/นุรณการ
AOP.1 All patient cared for by the organization have their health care needs identified through an established assessment process.	
AOP.1.1 The organization has determines the scope and content of assessment, based on applicable laws and regulations.	
AOP.1.2 Clinical practice guidelines, when available and adopted by the organization, are used to guide patient assessment and reduce unwanted variation.	
AOP.1.3 Assessment are completed in the time frame prescribed by the organization	
AOP.1.4 Assessment findings are documented in the patient's record and readily available to those responsible for the patient's care.	
AOP.2 Each patient's initial assessment includes an evaluation of physical, psychological, social, and economic factors, including a physical examination and health history.	GEN.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

AOP.2.1 The patient's medical and nursing needs are identified from the initial assessment.	<p>(1) การประเมินผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างสมบูรณ์ -มีการประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อจำกัดของผู้ป่วย -มีการบันทึกข้อมูลการประเมินอย่างสมบูรณ์ -มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย
AOP.2.1.1 The initial medical assessment is documented in the patient's record within the first 24 hours after the patient's entry or earlier as indicated by the patient's condition or hospital policy	
AOP.2.1.2 The initial medical assessment is documented before anesthesia or surgical treatment.	
AOP.2.1.3 The initial medical assessment of emergency patients is appropriate to their need and conditions.	
AOP.2.1.4 The initial nursing assessment is documented in the patient's record within the time frame established by the organization.	
AOP.2.2 Patients are screened for nutritional status and functional needs and are referred for further assessment and treatment when necessary.	
AOP.2.3 The organization conducts individualized initial assessments for special population cared for by the organization.	
AOP.2.4 The initial assessment includes determining the need for discharge planning and addition specialized assessments.	
AOP.3 All patient are reassessed at appropriate intervals to determine their response to treatment and to plan for continued treatment or discharge.	GEN.8.4 (6) มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ
AOP.4 Qualified individuals conduct the assessments and reassessments.	

AOP.4.1 Assessment and reassessment responsibilities are defined in writing.	
AOP.5 Laboratory services are available to meet patient needs, and all such services meet applicable local and national standards, laws, and regulations.	
AOP.5.1 Clinical pathology services are provided by the organization to meet patient needs or are readily available through arrangements with outside sources.	GEN.8.4 (2) มีบริการตรวจ investigate ที่จำเป็นครบถ้วน หรือมีระบบส่งต่อไปตรวจที่อื่น
AOP.5.2 A laboratory safety program is in place, followed, and documented.	LAB.5.2.5 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านความปลอดภัย (การใช้ การเก็บ และการทิ้ง เลือด และสิ่งส่งตรวจ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้, การเคลื่อนย้ายสิ่งส่งตรวจระหว่างห้องชั้นสูง, การจัดการเมื่อมีการหกของสิ่งส่งตรวจหรือสิ่งปนเปื้อน, การทำลายเชื้อเครื่องมือและสิ่งส่งตรวจที่ติดเชื้อ, การทำลายเชื้อและทิ้ง เข็ม ไชริงก์ ใบมีด และของมีคมอื่น, การจัดเก็บ เขียนฉลาก ใช้ และทิ้งสารอันตรายต่างๆ, การควบคุมการติดเชื้อ)
AOP.5.3 Individuals with adequate training, skills, orientation, and experience administer the tests and interpret the results.	LAB.3 มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาธิวิทยาคลินิกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
AOP.5.4 Laboratory results are available in a timely way as defined by the organization.	GEN.8.4 (2) แพทย์ได้รับผลการตรวจ investigate ในเวลาที่เหมาะสม, มีระบบการเก็บ บันทึกผลการตรวจ investigate ในเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด, มีมาตรการในการป้องกันการสูญหายของผลการตรวจ investigate โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ป่วยย้ายหรือจำหน่าย
AOP.5.5 All laboratory equipment is regularly inspected, maintained, and calibrated, and appropriate records are maintained for these activities.	LAB.7 มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการพยาธิวิทยาคลินิก ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
AOP.5.6 Essential reagents and other supplies are regularly	LAB.7.2 มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ น้ำยา และสารเคมีเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

available.	
AOP.5.7 Procedures for collecting, identifying, handling, safety transporting and disposing of specimen are followed.	LAB.8.3 มีการบันทึกข้อมูลแบบฟอร์มการขอส่งตรวจครบถ้วนสมบูรณ์ เชื้อต่อการตรวจ ชั้นสูตร การรายงานและการสื่อสารเมื่อมีปัญหา LAB.8.4 มีการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างเหมาะสม LAB.8.5 มีการบันทึกการรับส่งตรวจ
AOP.5.8 Established norms and ranges are used to interpret and report clinical laboratory results.	
AOP.5.9 A qualified individual(s) is responsible for managing the clinical laboratory service or pathology service.	LAB.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้
AOP.5.10 Quality control procedures are in place, followed, and documented.	LAB.9.3 มีระบบประกันคุณภาพทุกระดับของการปฏิบัติการ มีคู่มือ Code of Practice และมีการปฏิบัติตามขั้นตอนของคู่มือ
AOP.5.10.1 There is a process of proficiency testing	มีการทำ Quality Assurance จากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง มี External Quality Control จากองค์กรภายนอก มี Internal Quality Control จากผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ และนำผลมาปรับปรุงงาน
AOP.5.11 The organization regularly review quality control results of all outside sources of laboratory services.	
AOP.5.12 The organization has access to experts in specialized diagnostic areas when necessary.	
AOP.6 Radiology services are available to meet patient needs, and all such services meet applicable local and national standards, laws, and regulations.	

AOP.6.1 Diagnostic imaging services are provided by the organization or are readily available through arrangements with outside sources.	
AOP.6.2 A radiation safety program is in place, followed, and documented.	
AOP.6.3 Individuals with adequate training, skills, orientation, and experience administer the tests and interpret the results.	
AOP.6.4 Radiology results are available in a timely way as defined by the organization.	
AOP.6.5 All diagnostic equipment is regularly inspected, maintained, and calibrated, and appropriate records are maintained for these activities.	
AOP.6.6 X-ray film and other supplies are regularly available.	
AOP.6.7 A qualified individual(s) is responsible for managing the diagnostic radiology service.	
AOP.6.8 Quality control procedures are in place, followed, and documented.	
AOP.6.9 The organization regularly reviews quality control results for all outside sources of diagnostic services.	
AOP.6.10 The organization has access to experts in specialized diagnostic areas when needed.	
AOP.7 Medical, nursing, and other individuals and services responsible for patient care collaborate to analyze and integrate patient assessments.	GEN.8.4 (1) มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย

AOP.7.1 The most urgent or important care needs are identified.	
--	--

Care of Patients

JC International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกาญจนาภิเษก/บูรณาการ
COP.1 Policies and procedures and applicable law and regulations guide the uniform care of all patients.	
COP.2 There is a process to integrate and coordinate the care provided to each patient.	<p>GEN.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ (ในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปรึกษา การให้ข้อมูล การสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา</p> <p>GEN.8.4 (4) มีการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ</p> <p>มีการบันทึกแผนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งกำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน</p> <p>ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา</p> <p>มีการสื่อสาร/ประสานงานที่ดี สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>อื่นๆ</p>
COP.2.1 The care provided to each patient is planned and written in the patient's record.	
COP.2.2 Those permitted to write patient orders write the order in the patient record in a uniform location.	
COP.2.3 Procedures performed are written into the patient's record.	
COP.2.4 Each care provider has access to the patient care notes recorded by other care providers, consistent with organization policy.	
COP.2.5 The patient's plan of care is revised when indicated by a change in the patient's condition.	
COP.3 Clinical practice guidelines, when available and adopted by the organization, are used to guide the patient's clinical care.	<p>GEN.9.3 (1) มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล</p>
COP.4 Clinical pathways, when available and adopted by the organization, are used to guide the patient care process.	

COP.5 Policies and procedures guide the care of high-risk patients and the provision of high-risk services.	
COP.5.1 Policies and procedures guide the care of emergency patients.	
COP.5.2 Policies and procedures guide the use of resuscitation services throughout the organization.	
COP.5.3 Policies and procedures guide the handling, use, and administration of blood and blood products.	
COP.5.4 Policies and procedures guide the care of patients on life support or who are comatose.	
COP.5.5 Policies and procedures guide the care with a communicable disease and immune-suppressed patients.	
COP.5.6 Policies and procedures guide the care of patients on dialysis.	
COP.5.7 Policies and procedures guide use of restraint and the care of patients in restraint.	
COP.5.8 Policies and procedures guide the care of the vulnerable elderly patients and of children.	
COP.5.9 Policies and procedures guide the care of patients undergoing moderate and deep sedation.	
COP.6 A qualified individual conduct a preanesthesia assessment.	GEN.8.4 (5) ผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญี และ/หรือ แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง
COP.7 Each patient's anesthesia care is planned and documented.	

COP.7.1 The risks, potential complications, and options are discussed with the patient, his or her family, or those who make decision for the patient.	
COP.7.2 The anesthesia used is written in the patient record.	
COP.7.3 Each patient's physiological status during anesthesia administration is continuously monitored and written in the patient's record.	
COP.8 Each patient's postanesthesia status is monitored and documented, and a qualified individual discharge the patient from the recovering area using established criteria.	
COP.9 Equipment, supplies, and medications recommended by anesthesia professional organization or by alternative authoritative sources are used.	
COP.10 Each patient's surgical care is planned and documented, based on the result of the assessment.	<p>GEN.8.4 (5) การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีแนวทางปฏิบัติในการประเมินและวางแผนล่วงหน้าสำหรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก -ผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญี และ/หรือ แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง -ผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ
COP.10.1 The risks, benefits, potential complications, and options are discussed with the patient and his or her family or those who make decisions for the patient.	
COP.10.2 The surgery performed is written in the patient record.	

COP.10.3 Each patient's physiological status is continuous monitored during and immediately after surgery and written in the patient's record.	
COP.10.4 Patient care after surgery is planned and documented.	
COP.11 Medication use in the organization is efficiency organized to meet patient needs.	
COP.11.1 The pharmacy or pharmaceutical service and medication use in the organization comply with applicable laws and regulations.	
COP.11.2 An appropriate selection of medications for prescribing or ordering is stocked or readily available.	
COP.11.2.1 There is a method for overseeing the organization's medication list and medication use.	
COP.11.2.2 The organization can readily obtain medication not stocked or normally available to the organization	
COP.11.2.3 There is a process to obtain medications when the pharmacy or pharmaceutical service is closed.	
COP.11.2.4 Emergency medications are available, monitored, and safe when stored out of the pharmacy.	
COP.11.3 Prescribing, ordering, administration, and monitoring of medication are guided by policies and procedures.	
COP.11.3.1 The organization identifies those qualified individuals permitted to prescribe or order medication and those permitted to administer medications.	
COP.11.3.2 Policies and procedures govern any self-	

administration of medications, the control of medication samples, the use of any medication brought into the organization by the patient or his or her family, and the dispensing of medication at discharge.	
COP.11.3.3 Policies and procedures govern the preparation, handling, storage, and distribution of parenteral and enteral tube nutrition therapy.	
COP.11.3.4 Policies and procedures govern the storage, distribution, handling, and dispensing of radioactive, investigational, and other medications.	
COP.11.4 Medication are stored, prepared, and dispensed in a safe and clean environment.	
COP.11.4.1 An appropriately licensed pharmacist, technician, or other trained professional supervises the storage, preparation, and dispensing of medication.	
COP.11.4.2 Medication prescriptions or orders are verified.	
COP.11.4.3 The organization has a medication recall system.	
COP.11.4.4 A system is used to dispense medications in the right dose to the right patient at the right time.	
COP.11.5 Patients are identified before medications are administered.	
COP.11.5.1 The right dose of medication is administered at the right time.	
COP.11.6 Medication effects on patients are monitored.	
COP.11.6.1 Medication prescribed and administered are	

written in the patient's record.	
COP.11.6.2 Adverse medication effects are noted in the patient's record.	
COP.11.6.3 Medication errors are reported through a process and time frame defined by the organization.	
COP.12 Food, appropriate for the patient and consistent with his or her clinical care, is regularly available.	
COP.12.1 All patients receive an order for food or other nutrients based on their nutritional status or need, including orders for NPO, a regular diet, a special diet, or parenteral or enteral tube nutrition.	
COP.12.2 Patients are given a variety of food choices.	
COP.13 Patients at nutrition risk receive nutrition therapy.	
COP.13.1 Nutrition therapy is provided collaboratively.	
COP.13.2 The patient's response to nutrition therapy is written in his or her record.	
COP.14 The organization address care at the end of life.	
COP.15 As appropriate to the care and services provided, assessment and reassessments of dying patient include symptoms related to the disease process or secondary to the treatment provided.	
COP.15.1 As appropriate to the care and services provided, assessment and reassessments include the dying patient's and family's psychological status and spiritual needs.	
COP.15.2 As appropriate to the care and services provided,	

assessment and reassessments include survivor risk factors in order to plan for bereavement support.	
COP.15.3 As appropriate to the care and services provided, assessment and reassessments include caregivers' respite need and use of respite care.	
COP.16 Care of the dying patient optimizes his or her comfort and dignity.	
COP.17 Patients are supported in managing pain effectively.	
COP.18 Pain is assessed in all patients.	
COP.19 Patients are educated about pain, other symptoms, and managing pain and symptoms as a part of treatment.	

Patient and Family Education

JC International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกาณจนากิเชก/บูรณการ
PFE.1 Education supports patient and family participation in care decisions and care processes.	
PFE.1.1 Each patient's educational needs are assessed and recorded in his or her record.	
PFE.1.2 Each patient and his or her family receive education to help them give informed consent, participate in care processes, and understand any financial implication of care choices.	
PFE.2 Education and training help meet patients' ongoing health needs.	

PFE.2.1 The organization cooperates with available community resources to provide health promotion and disease prevention education.	
PFE.3 Patient and family education include the following topics, as appropriate to the patient's care: the safe use of medication, the safe use of medical equipment, potential interactions between medication and food, nutritional guidance, and rehabilitation techniques.	
PFE.4 Education methods consider the patient's and family's value and preference and allow sufficient interaction among the patient, family, and staff for learning to occur.	
PFE.4.1 The patient and family are taught in a format and language that they understand.	
PFE.4.2 Health professionals caring for the patient collaborate to provide education.	
PFE.4.2.1 These professionals have the knowledge and skills required for effective education.	

Quality Improvement and Patient Safety

JC International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกาณจนากิเชก/นุรณการ
QPS.1 Those responsible for governing and leading the organization participate in planning and monitoring a quality improvement and patient safety program.	LED.4.1 ทีมผู้บริหารกำหนดความคาดหวัง จัดทำแผน และอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานทุกระดับ
QPS.1.1 The organization's clinical and managerial leaders	

collaborate to plan and carry out the quality improvement and patient safety program.	
QPS.1.1.1 There is a written plan for an organizationwide quality improvement and patient safety program.	
QPS.1.1.2 The program includes all components of the organization's quality monitoring and control activities, including risk management.	
QPS.1.2 The leader prioritize which processes should be monitored and which improvement and patient safety activities should be carried out.	LED.4.5 ผู้นำของโรงพยาบาลกำหนดประเด็นที่สำคัญเพื่อควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ
QPS.1.3 The leader provide technological and other support to the quality improvement and patient safety program.	LED.4.7 ผู้นำของโรงพยาบาลจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเพียงพอ
QPS.1.4 The quality improvement and patient safety program is coordinated, and program information is communicated to staff.	LED.4.2 มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล
QPS.1.5 Staff is trained to participate the program.	
QPS.1.6 All staff involved in managing the organization and providing clinical and support services participate the program.	
QPS.2 The organization designs new and modified systems and processes according to the quality improvement principles.	GEN.9.2.4 มีการดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ
QPS.2.1 New and modified processes incorporate design elements relevant to the process.	
QPS.2.2 The organization set expectations for how new and modified process should operate.	

QPS.2.3 The organization collects data to see if new and modified processes meet operational expectations.	
QPS.3 The organization's leaders identify key measures (indicators) to monitor the organization's clinical and managerial structure, process, and outcomes.	GEN.9.2.2 มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ
QPS.3.1 Clinical monitoring includes patient assessment.	
QPS.3.2 Clinical monitoring includes laboratory and radiology safety and quality control programs.	
QPS.3.3 Clinical monitoring includes surgical procedures.	
QPS.3.4 Clinical monitoring includes the use of antibiotics and other medications and medication errors.	
QPS.3.5 Clinical monitoring includes the use of anesthesia.	
QPS.3.6 Clinical monitoring includes the use of blood and blood products.	
QPS.3.7 Clinical monitoring includes the availability, content, and use of patient records.	
QPS.3.8 Clinical monitoring includes infection control, surveillance, and reporting.	
QPS.3.9 Clinical monitoring includes clinical research.	
QPS.3.10 Managerial monitoring includes the procurement of routinely required supplies and medications essential to meet patient needs.	
QPS.3.11 Managerial monitoring includes reporting of activities as required by law and regulations.	

QPS.3.12 Managerial monitoring includes risk management.	
QPS.3.13 Managerial monitoring includes utilization management.	
QPS.3.14 Managerial monitoring includes patient and family expectations and satisfaction.	
QPS.3.15 Managerial monitoring includes staff expectations and satisfaction.	
QPS.3.16 Managerial monitoring includes patient demographics and diagnoses.	
QPS.3.17 Managerial monitoring includes financial management.	
QPS.3.18 Managerial monitoring includes the surveillance, control, and prevention of events that jeopardize the safety of patients, families, and staff.	
QPS.3.19 Data collection supports further study of areas targeted for study and improvement.	
QPS.3.20 Data collection supports evaluation of the effectiveness of implemented improvements.	
QPS.4 Individuals with appropriate experience, knowledge, and skills systematically aggregate and analyze data in the organization.	IM.2.2 มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ และการรายงานต่อส่วนราชการ
QPS.4.1 The frequency of data analysis is appropriate to the process being studied and meets organization requirements.	
QPS.4.2 Data are intensively assessed when significant unexpected events and undesirable trends and variation occur.	
QPS.4.3 The analysis process includes comparisons internally, with	

other organizations when available, and with scientific standards and desirable practices.	
QPS.4.4 Statistical tools and techniques suitable to the process or outcome under study are used.	
QPS.5 Improvement in quality and safety is achieved and sustained.	GEN.9.2.6 มีการติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
QPS.5.1 Improvement and safety activities are undertaken for the priority area identified by the organization leaders.	
QPS.5.2 Assignments are made and support provided.	
QPS.5.3 Staff are trained, appropriate policy changes are made, and necessary resources are allocated.	
QPS.5.4 Changes to improve are planned and tested, and successful changes are carried out.	
QPS.5.5 The organization collects data to show that the improvement was sustained.	
QPS.5.6 The organization documents its continuing, systematic improvement and uses the information to develop strategic improvement plans.	

Prevention and Control of Infection

JCI International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกาณจนานิกษก/นุรณการ
PCI.1 The organization designs and implements a coordinated program to reduce the risks of nosocomial infections in patients and health care	

workers	
PCI.1.1 All patients, staff, and visitor areas of the organization are included in the infection control program.	
PCI.2 The organization establishes the focus of the nosocomial infection prevention and reduction program.	IC.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้
PCI.3 The organization identifies the procedures and processes associated with the risk of infection and implements strategies to reduce the infection risk.	IC.1.1 มีนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน
PCI.4 Gloves, masks, soap, and disinfectants are available and used correctly.	
PCI.5 Cultures are routinely obtained from designated sites in the organization associated with significant infection risk.	IC.6.3 มีการเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และ น้ำยาทำลายเชื้อ
PCI.6 One or more individuals oversee all infection control activities. This individual(s) is qualified in infection control practices through education, training, Experience, or certification.	IC.2.2 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบของคณะกรรมการ, บุคคล, และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
PCI.7 A designated individual or group monitors and coordinates infection control activities in the organization.	
PCI.8 Coordination of infection control activities involves medicine, nursing, and others as appropriate to the organization.	
PCI.9 The infection control program is based on current scientific knowledge, accepted practice guidelines, and applicable law and regulation.	IC.7.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการ กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
PCI.10 Organization information management systems support the infection control program.	

PCI.11 The infection control process is integrated with the overall program for quality improvement and patient safety.	
PCI.11.1 The organization track infection risks, infection rates, and trends in nosocomial infections.	
PCI.11.2 Monitoring includes using indicators related to infection issues that are epidemiologically important to the organization.	
PCI.11.3 The organization uses risk, rate, and trend information to design or modify processes to reduce nosocomial infections to the lowest possible levels.	
PCI.11.4 The organization compares its infection control rates with other organizations through comparative databases.	
PCI.11.5 The results of infection monitoring in the organization are regularly communicated to staff, doctors, and management.	
PCI.11.6 The organization reports information on infections to appropriate external public health agencies.	
PCI.12 The organization provides education on infection control practices to staff, doctors, patients, and, as appropriate, family and other caregivers.	IC.4 มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
PCI.12.1 All staff receives an orientation to the organization's infection control policies and practices.	
PCI.12.2 All staff is educated in infection control when new policies are implemented and when significant trends are noted in surveillance data.	

Governance, Leadership, and Direction

JC International	มาตรฐาน HA ฉบับปีกาณจนากิเชก/นุรณการ
GLD.1 Governance responsibilities and accountabilities are described in bylaws, policies and procedures, or similar documents that guide how they are to be carried out.	
GLD.1.1 Those responsible for governance approve the organization's mission statement.	
GLD.1.2 Those responsible for governance approve the policies and plan to operate the organization.	
GLD.1.3 Those responsible for governance approve the budget and allocate the resources required to meet the organization's mission.	
GLD.1.4 Those responsible for governance appoint the organization's senior manager(s) or director(s).	
GLD.1.5 Those responsible for governance support and promote quality improvement and patient safety efforts.	
GLD.1.6 Those responsible for governance collaborate with the organization's managers and leaders.	
GLD.2 A senior manager or director is responsible for operating the organization and complying with the applicable laws and regulations.	
GLD.3 The organization's clinical and managerial leaders are identified and are collectively responsible for defining the organization's mission and creating the plans and policies needed to fulfill the mission	

