

ชื่อผู้ประสบปัญหา \_\_\_\_\_  
 อายุ \_\_\_\_\_ เพศ \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_  
 ประเภทผู้ประสบปัญหา  
 ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยนอก  ญาติผู้ป่วย  
 เจ้าหน้าที่  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

# รายงานอุบัติการณ์

## INCIDENT REPORT

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สถานที่เกิดเหตุการณ์ \_\_\_\_\_  
 วันที่ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น.  
 แพทย์เจ้าของไข้ \_\_\_\_\_  
 ผู้พบเหตุการณ์ \_\_\_\_\_

เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องสี่เหลี่ยมทุกข้อที่เกิดขึ้นเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)

ความปลอดภัย	การดูแลรักษา (กระบวนการทำงาน)	การดูแลรักษา (กระบวนการทำงาน)
<input type="checkbox"/> โครงการสร้างกายภาพ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อมเป็นอันตราย ระบุ _____ <input type="checkbox"/> อักเสบ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> การกำจัดของเสีย ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ถูกทำร้ายร่างกาย <input type="checkbox"/> ถูกคาม <input type="checkbox"/> ช่มชู้ <input type="checkbox"/> ของหาย บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> จากการทำงาน ระบุ _____ <input type="checkbox"/> สาเหตุอื่นๆ ระบุ _____ เครื่องมือ <input type="checkbox"/> ชำรุด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ผิดพลาด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ ระบุ _____	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บจากแผลใหม่/การผูกยึด <input type="checkbox"/> การดูแล Tube Drain ไม่ถูกต้อง ระบุ _____ <input type="checkbox"/> การใส่ Tube Drain ไม่ถูกต้อง ระบุ _____ <input type="checkbox"/> การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ระบุ _____ <b>4. การคลอด</b> <input type="checkbox"/> คลอดที่ห้องรอกคลอด <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บจากการคลอด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ทารกบาดเจ็บจากการคลอด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> มารดาหลังคลอดกลับรักษาซ้ำ <b>5. การผ่าตัด</b> <input type="checkbox"/> เสียชีวิตหลังผ่าตัด <input type="checkbox"/> ระหว่างผ่าตัด <input type="checkbox"/> ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง <input type="checkbox"/> เลื่อนผ่าตัด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ใบยินยอมไม่ตรงกับหัตถการ <input type="checkbox"/> กลับมาผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ระบุ _____ <input type="checkbox"/> กลับมาผ่าตัดซ้ำภายใน 7 วัน ระบุ _____ <input type="checkbox"/> เย็บซ่อมอวัยวะที่บาดเจ็บจากการผ่าตัด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ตัดอวัยวะออกโดยไม่ได้วางแผน ระบุ _____	<b>8. พัดตกหล่อม</b> <input type="checkbox"/> ลื่นล้มในห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ตกเตียง <input type="checkbox"/> ตกรถเข็น <input type="checkbox"/> หกล้ม <input type="checkbox"/> ปีนไม้กั้นเตียง <input type="checkbox"/> พัดตกขณะเคลื่อนย้าย <b>9. อาหาร</b> <input type="checkbox"/> ผิดพลาด <input type="checkbox"/> บูด <input type="checkbox"/> ไม่มีคุณภาพ <input type="checkbox"/> สิ่งแปลกปลอมในอาหาร <b>10. การปฏิบัติงาน</b> <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง <input type="checkbox"/> ผิดพลาด <input type="checkbox"/> ล่าช้า <input type="checkbox"/> อื่น _____
<b>การดูแลรักษา (กระบวนการทำงาน)</b> <b>1. คลินิกเฉพาะโรค</b> <input type="checkbox"/> เสี่ยงสูง ระบุ _____ <input type="checkbox"/> พบบ่อย ระบุ _____ <b>2. การรักษา</b> <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อน ระบุ _____ <input type="checkbox"/> รักษาซ้ำทำให้ผู้ป่วยทรุดลง ระบุ _____ <input type="checkbox"/> วินิจฉัยผิดพลาด ระบุ _____ <input type="checkbox"/> รักษาพยาบาลผิดคน ระบุ _____ <input type="checkbox"/> Admit ผิดตึก/ไม่เหมาะสม ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ Dx. โรคที่ต้อง Admit ระบุ _____ <input type="checkbox"/> Re - admit <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ การปฏิบัติตัว ระบุ _____</li> <li>◦ โรคเรื้อรัง ระบุ _____</li> <li>◦ การรักษา ระบุ _____</li> <li>◦ อื่น ๆ ระบุ _____</li> </ul> <b>3. การพยาบาล</b> <input type="checkbox"/> หนักกลับสูญหายจากการดูแล <input type="checkbox"/> การเตรียมไม่พร้อมรับผู้ป่วย ระบุ _____ <input type="checkbox"/> การใส่ระวางผู้ป่วยไม่เพียงพอ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> การเตรียมผ่าตัดไม่พร้อม ระบุ _____ <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ด้านอุปกรณ์ ระบุ _____</li> <li>◦ ด้านการรักษา ระบุ _____</li> </ul>		<b>ด้านคำร้องเรียนของผู้รับบริการ</b> <input type="checkbox"/> ไม่สมัครอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่พึงพอใจ <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ระบบงาน ระบุ _____</li> <li>◦ พฤติกรรมบริการ ระบุ _____</li> <li>◦ เหตุผลส่วนตัว ระบุ _____</li> <li>◦ ขอบไปมรณกรรมที่บ้าน ระบุ _____</li> <li>◦ สถานที่ ระบุ _____</li> <li>◦ คุณภาพ ระบุ _____</li> <li>◦ สิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมองค์กร ระบุ _____</li> </ul> <input type="checkbox"/> คำชม เรื่องอื่นๆ _____
<b>ห้ามถ่ายเอกสาร</b>		
<b>เอกสารปกปิด</b> ใช้เพื่อการศึกษาคณะอนุกรรมการเท่านั้น ไม่ต้องเก็บรวมไว้ในเวชระเบียน		



แบบรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สำหรับผู้พบเหตุการณ์	รายละเอียดเหตุการณ์ (โดยย่อ) .....
	ผลกระทบของเหตุการณ์ (ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่/ โรงพยาบาล) .....
	การแก้ปัญหาเบื้องต้น (ผู้พบเหตุการณ์/หัวหน้าเวร) .....
สำหรับผู้จัดการความเสี่ยง/ผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น	การดำเนินการหัวหน้าฝ่าย/ กลุ่มงาน/ หน่วยงาน .....
	ความคิดเห็นผู้จัดการความเสี่ยง .....
	กลยุทธ์ในการป้องกันปัญหา <input type="checkbox"/> ทำ Root Cause Analysis <input type="checkbox"/> ทำคู่มือปฏิบัติ <input type="checkbox"/> นวัตกรรม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุรายละเอียด).....

ลงบันทึกแล้ว เลขที่.....  
ประเด็น.....  
วันที่.....

IR เลขที่ .....  
ระดับความเสี่ยง.....  
รับเรื่อง วัน/ เดือน/ปี .....  
ลงนามผู้รับเรื่อง .....

**เอกสารปิด**  
ใช้เพื่อการติดตามคุณภาพเท่านั้น  
ไม่ต้องเก็บไว้ในเวชระเบียน