



ประกาศโรงพยาบาลสันทราย
เรื่อง กรอบแนวทางการจัดวางระบบการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน

เพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสันทราย เป็นไปตามคู่มือ/ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนด ส่งผลให้การปฏิบัติราชการมีคุณภาพ มาตรฐาน สามารถให้บริการประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

โรงพยาบาลสันทราย จึงกำหนดกรอบแนวทางการจัดวางระบบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑. แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดทำคู่มือหรือขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart) ดังนี้

๑.๑ ให้เจ้าหน้าที่ทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาลสันทราย จัดทำคู่มือ/ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart) และในปีงบประมาณถัดไป ให้เพิ่มการจัดทำ Flow chart ให้ครบทุกกระบวนการ

๒. แนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน ให้ดำเนินการดังนี้

๒.๑ วิธีการตรวจสอบ

๒.๑.๑ ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามคู่มือหรือขั้นตอนใน Flow chart ที่ได้จัดทำขึ้น

๒.๑.๒ กรณีที่ปฏิบัติงานตามคู่มือหรือขั้นตอนตาม Flow chart แล้ว หากพบประเด็นปัญหา ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ให้บันทึกลงในแบบบันทึกอุบัติการณ์และแนวทางการแก้ไข (รายละเอียดตามแบบบันทึกอุบัติการณ์ที่แนบมานี้)

๒.๑.๓ ให้รายงานผู้บังคับบัญชา

๒.๒ ขั้นตอนการตรวจสอบ

๒.๒.๑ ให้หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน สอบทาน ตรวจสอบ การปฏิบัติงานตามคู่มือ (Flow chart) ของเจ้าหน้าที่ที่ควบคุม กำกับ

๒.๒.๒ กรณีที่พบประเด็น ปัญหา ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ ให้พิจารณา ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง และหากพบว่าเป็นอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ให้รายงานให้ทราบต่อไป

๒.๒.๓ กรณีมีการแก้ไข ปรับปรุง อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วให้นำมาปรับปรุงในคู่มือการปฏิบัติงานเพิ่มเติมต่อไป

๒.๓ แนวทาง...

๒.๓ แนวทางกำหนด กลไก การกำกับติดตาม การรายงานผล การตรวจสอบการปฏิบัติ
ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน

๒.๓.๑ รอบที่ ๑ ภายในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๒.๓.๒ รอบที่ ๒ ภายในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๒

และนำขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์โรงพยาบาลสันทราย ทั้งนี้จึงประกาศให้ทราบและถือ
ปฏิบัติโดยเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๒

อบ

(นายวรุฒิ ไชวชรกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย



รายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลศิริราช

ชื่อผู้ป่วย / ผู้ประสบปัญหา	อายุ _____ เพศ _____ AN _____ HN _____	ที่เกิดเหตุ _____ วันที่ _____ เวลา _____
แพทย์เจ้าของไข้	หลังผ่าตัด / คลอด วัน _____	

เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมายถูกลงในช่องที่สัมพันธ์ทุกข้อที่เกิดขึ้นเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)

1. ความปลอดภัย/ตก/ล้ม <input type="checkbox"/> 1) ล้ม <input type="checkbox"/> 2) พบว่านอนอยู่บนพื้น <input type="checkbox"/> 3) ตกจากเตียง / เก้าอี้ / โต๊ะ <input type="checkbox"/> 4) เครื่องวัดเครื่องหลุด <input type="checkbox"/> 5) ปีนข้ามไม้กั้นเตียง <input type="checkbox"/> 6) พลัดตกขณะเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> 7) _____	4. เครื่องมือ <input type="checkbox"/> 1) ผู้ป่วยถูกลวก / ไหม้ <input type="checkbox"/> 2) ตกใส่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 3) ไม่ทำงาน / ทำงานผิดปกติ <input type="checkbox"/> 4) ไม่มีเครื่องมือใช้ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> 5) _____ 5. การวินิจฉัย / รักษา <input type="checkbox"/> 1) รับ Admit เข้าโรคเดิมใน 7 วัน <input type="checkbox"/> 2) ไม่สามารถวินิจฉัยโรคที่ต้อง Admit หรือ มา ER เข้า <input type="checkbox"/> 3) อ่านผล X-Ray ผิด <input type="checkbox"/> 4) ค่าเข้าในการรักษาผู้ป่วยที่ทรุดลง <input type="checkbox"/> 5) ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ <input type="checkbox"/> 6) ทำ Diag proc เข้าโดยไม่มีแผน <input type="checkbox"/> 7) การเฝ้าระวังไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 8) ใส่ cath / tube / drain ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> 9) ดูแล cath / tube / drain ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> 10) ย้ายเข้า ward โดยไม่ได้วางแผน <input type="checkbox"/> 11) _____	7. การผ่าตัด <input type="checkbox"/> 1) ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี <input type="checkbox"/> 2) ผ่าตัดผิดคน / ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง <input type="checkbox"/> 3) ตัดอวัยวะออกโดยไม่ได้วางแผน <input type="checkbox"/> 4) เช็บซ่อมอวัยวะที่บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 5) ทิ้งเครื่องมือ / ก้อน ไว้ในผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 6) กลับมาผ่าตัดซ้ำ <input type="checkbox"/> 7) Acute MI/CVA หลังผ่าตัด <input type="checkbox"/> 8) _____ 8. อื่น ๆ <input type="checkbox"/> 1) ผู้ป่วย / ญาติไม่พึงพอใจ <input type="checkbox"/> 2) ไม่สมัครอยู่ รพ. <input type="checkbox"/> 3) การทำร้ายร่างกายผู้ป่วย / ญาติ / จนท. <input type="checkbox"/> 4) ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย / ทำร้ายตัวเอง <input type="checkbox"/> 5) โจรกรรม / การลักขโมย <input type="checkbox"/> 6) การคุกคาม / ข่มขู่ <input type="checkbox"/> 7) สิ่งแวดล้อมเป็นอันตราย / ปนเปื้อน <input type="checkbox"/> 8) อุบัติเหตุไฟไหม้ <input type="checkbox"/> 9) จนท. บาดเจ็บจากการทำงาน <input type="checkbox"/> 10) กระบวนการปฏิบัติงาน
3. ยา / สารน้ำ / เลือด <input type="checkbox"/> 1) ผิดคน <input type="checkbox"/> 2) ยาผิดขนาด / ชนิด / เวลา <input type="checkbox"/> 3) สารน้ำผิดชนิด / ความเร็ว / เวลา <input type="checkbox"/> 4) ลืมให้ <input type="checkbox"/> 5) ภาวะแทรกซ้อนจาก IV / IM <input type="checkbox"/> 6) ให้ยา / สารน้ำทั้งที่มีข้อห้าม <input type="checkbox"/> 7) _____	6. การคลอด <input type="checkbox"/> 1) ไม่พบ fetal distress ทันทีทันที <input type="checkbox"/> 2) ผ่าตัดคลอดช้าเกินไป <input type="checkbox"/> 3) ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด <input type="checkbox"/> 4) บาดเจ็บจากการคลอด <input type="checkbox"/> 5) _____	

ธรรมชาติของการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 1) กระดูกและกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 2) ผิวหนัง <input type="checkbox"/> 3) ประสาทส่วนกลาง <input type="checkbox"/> 4) หัวใจและปอด	บันทึกในเวชระเบียน <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ รายงานแพทย์ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ คำสั่งแพทย์ _____ _____	แพทย์ผู้ประเมิน _____ ผลการประเมิน _____ <input type="checkbox"/> ไม่มีการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นการบาดเจ็บชัดเจน <input type="checkbox"/> ต้องอยู่รพ. นานขึ้น
---	---	---

ชื่อที่อยู่ของพยาน / ญาติ _____	_____
ลงนามผู้บันทึก _____	ลงนามผู้ทบทวน _____
วันที่ _____ เวลา _____	วันที่ _____ เวลา _____

บรรยายสรุปเหตุการณ์ด้านหลัง

บรรยายสรุปเหตุการณ์

แนวทางแก้ไข