**สรุปประเด็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงทีมRM/ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข ประจำเดือน สิงหาคม 2566**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน/ระดับความเสี่ยง | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 1. | IPD/ระดับB | ขณะเจาะเลือดผู้ป่วยชายไทย อายุ 8 เดือน ผู้ป่วยร้องไห้และดิ้น ได้ห่อตัวผู้ป่วยก่อนเจาะเลือดแล้ว แต่ผู้ป่วยดิ้นมาก ทำให้เลือดกระเด็นไปโดนบริเวณจมูกและตาของเจ้าหน้าที่ | -รายงานหัวหน้าตึก/หน่วยงานIC รับทราบ- ทำการล้างตาและจมูก ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ทางIC แนะนำจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง รวมทั้งแจ้งให้ญาติรับทราบเพื่อขอเจาะเลือดตรวจ Anti-HIV, ANTI HCV, HBsAg, ANTI HBS ญาติรับทราบและยินยอมให้ทำการตรวจเลือด ผลเลือดเบื้องต้น ปกติ | IPD/IC  |
| 2. | IPD/ระดับB | แพทย์ order Oseltamivir ml oral bid pc. ขณะจัดยาพบว่าสติกเกอร์ยาจัดยามาเข้า dose 06.00 น. ซึ่งปกติจะต้องจัดเข้า dose 07.00 น. จึงโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบ | -ประสานหน่วยงานห้องยารับทราบเปลี่ยนแปลงเวลาให้ยา | เภสัชกรรม |
| 3. | IPD/ระดับB | ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี Dx. AGE แพทย์ order Cef-3 2 gm. V OD เข้ารอบ เวลา 10.00 น. ขณะจัดยาพบว่าห้องยาไม่ได้จัดยามาให้ จึงตรวจเช็ค order ซ้ำและโทรแจ้งห้องยา | -ประสานห้องยารับทราบ-ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์-ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | เภสัชกรรม |
| 4. | IPD/ระดับB | จัดสารน้ำมาให้ผิดชนิด/ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี Dx. Hypoglycemia แพทย์ order 5%DN/2 1,000 ml v 40 cc/hr. ขณะจัดยาและ IV พบว่า สติกเกอร์ยาเป็น 5%DN/2 1,000 ml v 40 cc/hr. แต่ IV เป็น 5%DNSS 1,000 ml v 40 cc/hr. จึงตรวจเช็ค order ซ้ำและโทรแจ้งห้องยา | -ประสานห้องยารับทราบ-ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์-ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | เภสัชกรรม |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 5. | IPD/ระดับB | มีน้ำรั่วซึมจากเพดานด้านบน ที่ Nurse station พยาบาล และห้องที่ใช้ทำหัตการ ทำให้พื้นเปียก เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ | -ต้องหาสิ่งของมารองน้ำบ่อยๆ แจ้งหัวหน้าตึกรับทราบ - ส่งซ้อม รอดำเนินการแก้ไข | ฝ่ายบริหาร/ช่างซ่อมบำรุง |
| 6. | ER/ระดับ 2 | มีเคสRefer ที่ต้องปริ้นเอกสาร ในระบบsmart Refer ไม่สามารถเข้าใช้งานได้ ขณะปฏิบัติงาน | - ประสานจนท IT รับทราบทันที ดำเนินการแก้ไขเสร็จเรียบร้อย  | IT |
| 7. | ER/ระดับ 1 | ผู้ป่วยเพศชาย รับส่งต่อกลับจากรพ วาริน ญาตินำบัตรคิว ผู้ป่วยมายื่นจนท ห้องฉุกเฉิน ไม่ใช่ชื่อผู้ป่วยแต่กลับเป็นชื่อญาติเอง | - ประสานห้องเวชระเบียนรับทราบดำเนินการแก้ไขเรียบร้อย | เวชระเบียน |
| 8. | งานเทคนิคการแพทย์/ระดับB | วันที่ 11/8/2566 งานเทคนิคการแพทย์ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาเป็นเวร on call ห้องแลบไม่ได้เปิดไฟ ไม่มีการโทรตาม/โทรแจ้งจากห้องฉุกเฉิน ญาติผู้ป่วยถือหลอดเลือดมาส่งโดยเดินทะลุเข้าไปในส่วนของห้องพักเจ้าหน้าที่ ซึ่งไม่ปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ ไม่ปลอดภัยต่อทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ห้องแลบกลับจากเข้าห้องน้ำพบญาติคนไข้ยืนอยู่ในห้องพัก | - ล็อคประตูทุกจุดห้องปฏิบัติการ - รายงานอุบัติการณ์- จนท จุดใด(ER)ที่ต้องการส่งแลปนอกเวลากรณีเวรon call ต้องประสานให้จนท ห้องแลป รับทราบก่อนทุกครั้ง | ER |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 9. | ER/ระดับ 2 | เวลา 00.08น. เวรดึก EMS 1669ประสานให้ รถ รพ ออกรับผู้ป่วยเด็กอายุ 3ปี อาการไข้สูง ปวดท้อง ถ่ายเหลว(ไม่มีรถส่วนตัวมารพ) แต่ไม่สามารถตามพขร เวรดึกเวลา00.08น. ไม่สามารถตามพขร เวรดึกได้ โทรเบอร์ภายใน ไม่รับ ให้จนท รปภ. ไปดูที่ห้องพัก แต่ไม่พบ โทร เบอร์ส่วนตัว 2 ครั้งเวลาเวลา 00.20น. -00.21 น.ติดแต่ไม่มีคนรับสาย | * โทรรายงานหัวหน้างานทราบ
* ประสานกู้ชีพใกล้เคียงออกรับแทน
* รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 | ศูนย์ยาน |
| 10. | ER/ระดับ 2 | เหตุการณ์ในเวรดึก ช่วงต่อเวรเช้า มีเคสมารดาเจ็บครรภ์คลอดที่ต้องส่งต่อไปยังรพ วารินฯ พร้อมนำส่งข้อมูลผู้ป่วย ส่งต่อ แต่หัวหน้าเวรดึก ไม่สามารถติดต่อพขร ในเวรเช้าได้ | * โทรรายงานหัวหน้างานทราบ
* ประสานกู้ชีพใกล้เคียงออกรับแทน
* รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 | ศูนย์ยาน |
| 11. | IPD/ระดับB | จัดยาไม่ตรงกับขนาดที่แพทย์สั่ง คือตามorder สั่งให้ Ceftriaxone 1.5 gm V OD. ขณะจัดยาพบว่าบนฉลากยาเป็น Ceftriaxone 1.5 gm V OD. แต่ยาที่จัดมาในซองยาเป็น Ceftriaxone 1 gm V OD. มาให้ จึงได้ตรวจเช็ค order ซ้ำ จึงโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบ | - ประสานห้องยารับทราบ- ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์- ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | งานเภสัชฯ |
| 12 | IPD/ระดับB | จ่ายยาผิดชนิด แพทย์สั่งให้ Cefazolin 1 gm V q 8 hr. ขณะจัดยาพบว่าบนฉลากยาเป็น Cefazolin 1 gm V q 8 hr. แต่ยาที่จัดมาในซองยาเป็น Ceftriaxone 1 gm V q 8 hr มาให้ จึงได้ตรวจเช็ค order ซ้ำ จึงโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบ | - ประสานห้องยารับทราบ- ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์- ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | งานเภสัชฯ |
| 13 | IPD/ระดับB | จัดยามาเกินขนาดที่แพทย์สั่ง ตามorder ให้ Dilantin 100 mg V q 8 hr. ขณะจัดยาพบว่าบนฉลากเป็น Dilantin 100 mg V q 8 hr แต่ยาที่จัดมาในซองยาเป็น Dilantin 500 mg V q 8 hr จึงได้ตรวจเช็ค order ซ้ำ จึงโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบ | - ประสานห้องยารับทราบ- ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์- ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | งานเภสัชฯ |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 14 | ER/ระดับ 2 | จัดยาไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง ตามorder แพทย์สั่งให้ Valium 1 amp vein ขณะจัดยาพบว่าไม่มีฉลากและยาจัดมาให้ จึงได้ตรวจเช็ค order ซ้ำ จึงโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบและขอยาเพิ่ม | * โทรรายงานหัวหน้างานทราบ
* ประสานกู้ชีพใกล้เคียงออกรับแทน
* รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 | ศูนย์ยาน |
| 15. | ER/ระดับ 2 | จัดยาไม่ตรงกับคำสั่งแพทย์สั่งให้ Pen G 3 mu V q 6 hr. ขณะจัดยาพบว่าบนฉลากและจัดยาเป็น Pen G 3 mu V q 8 hr จึงได้ตรวจเช็ค order ซ้ำ จึงโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบ | * โทรรายงานหัวหน้างานทราบ
* ประสานกู้ชีพใกล้เคียงออกรับแทน
* รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 | ศูนย์ยาน |
| 16. | IPD/ระดับB | ผู้ป่วยชายไทย Dx. Covid-19 แพทย์สั่งให้ Remdesivir 100 mg . V OD X 5 day เริ่มได้ยา วันที่ 11/8/66 ยาครบวันที่15/8/66 ขณะจัดยาพบว่าบนฉลากครบ เป็นวันที่14/8/66 ซึ่งไม่ตรงกับวันที่คำนวณครบ จึงได้ตรวจเช็ค order ซ้ำ จึงโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบและขอยาเพิ่มให้ตรงวันยาครบ พบว่าห้องยาลงบันทักวะนที่เริ่มให้ยาไม่ถูกต้องจึงทำให้คำนวณวันยาครบผิด | - ประสานห้องยารับทราบ- ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์- ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | งานเภสัชฯ |