**สรุปประเด็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงทีมRM/ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข ประจำเดือน กันยายน 2566**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน/ระดับความเสี่ยง | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 1. | IPD/ระดับC | เจาะเลือดส่งตรวจผิด tube ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี แพทย์ Dx. Cellulitis Rt. Leg แพทย์มี order ให้เจาะแลป FBS ในตอนเช้า เจาะเลือดส่งตรวจแล้ว ขณะส่งเวร เจ้าหน้าที่ห้องแลปโทรมาถามสอบเรื่องการส่งตรวจแลป ทำให้ทราบว่าเจาะเลือดใส่ผิด tube ส่งตรวจ จึงสอบถามเจ้าหน้าที่ พบว่าเข้าใจผิดเรื่องการใส่สิ่งส่งตรวจ โดยเข้าใจว่า ต้องใส่ใน tube สีเขียว จึงได้เจาะเลือดผู้ป่วยส่งใหม่ | -ทบทวนการส่งสิ่งส่งตรวจใหม่ แจ้งผู้ป่วยและเจาะแลปส่งตรวจใหม่ ลงบันทึกความเสี่ยง | IPD |
| 2. | ER/ระดับ2 | จัดยามาไม่ครบจำนวน ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ47 ปี แพทย์ Dx. Sepsis แพทย์มี order Clinda 600 mg v q 8 hr. ขณะจัดยาพบว่า ห้องยาจัดยา ไม่ครบ dose จัดยามาแค่รอบ 14.00น. และรอบ 06.00น ไม่ได้จัดของรอบ 22.00 น. มาให้ จึงได้ตรวจสอบ order ซ้ำ และโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบ เพื่อขอยาเพิ่ม | -ตรวจสอบ order ซ้ำ และโทรแจ้งห้องยาให้รับทราบ เพื่อขอยาเพิ่ม -ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | เภสัชกรรม |
| 3. | IPD/ระดับC | วันที่4/9/66 มีฝนตกหนัก ลมพัดแรง ทำให้มีฝนสาดเข้ามาบริเวณทางเชื่อมระหว่างตึกผู้ป่วยใน มีพื้นทางเดินเปียก ทำให้มีเจ้าหน้าที่เดินผ่านลื่นล้ม | -แจ้งหัวหน้าตึกรับทราบ- ประสานแม่บ้านทำความสะอาดเช็ดพื้น- แจ้งเจ้าหน้าที่ให้ระมัดระวังในการเดิน |  IPD/งานแม่บ้าน |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 4. | IPD/ระดับB | จัดสารน้ำไม่ตรงกับคำสั่งแพทย์ เคสผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี Dx. Hepatitis c Alh. Use แพทย์มี order ให้ 5%DN/2 1,000 ml v 60 cc/hr. ขณะจัดยาพบว่ามี สติ๊กเกอร์ IV เป็น 5%DNSS 1,000 ml v 60 cc/hr. และจัด IV เป็น 5%DNSS 1,000 ml v 60 cc/hr. และจัดจึงตรวจสอบ order ซ้ำ และโทรแจ้งห้องยา ลงบันทึกความเสี่ยง | - ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์- ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | เภสัชกรรม |
| 5. | IPD/ระดับB | จัดยาที่แพทย์สั่ง off มาให้ เคสผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี คนไข้ มีU/D DM on NPH 4-0-0 u sc แพทย์มี order ให้ off NPH 4-0-0 u sc ตั้งแต่วันที่ 2/9/66 ปัจจุบันวันที่ 5/9/66 ขณะจัดยาพบว่ามี การ์ดยา NPH 4-0-0 u sc และในใบบันทึกการให้ยา ก็ off NPH แล้ว | - ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์ให้เป็นปัจจุบัน | เภสัชกรรม |
| 6. | ER/ระดับ C | ผู้ป่วย ถือฉลากยาBenzathine penicillin G มาเพื่อรับการฉีดยาที่ER แต่ไม่ได้ ยาฉีดมาด้วยเนื่องจากยาฉีดขาดstock | - ควรมีการตรวจสอบรายการยาให้พร้อมรับบริการผู้ป่วย | เภสัชกรรม |
| 7. | ER/ระดับ2 | เวรเช้าวันราชการ เวลา 15.26 มีเคสต้องออกEMS รับผู้ป่วย เคสสีแดง อาการหมดสติ ปลุกไม่ตื่น ไม่มีชีพจร แต่ประสานพขร. ที่ขึ้นปฏิบัติเวรเช้า ที่เบอร์ภายใน 145 4 ครั้งไม่รับสาย โทรตามเบอร์มือถือส่วนตัว แจ้งว่า อยู่ที่ธนาคาร ติดต่อให้ออกรับเคสด่วนไม่สามารถมาได้ทันที | -รายงานหัวหน้างานรับทราบ/พิจารณา ประสานพขร ให้ออกรับเหตุโดยเร่งด่วน | งานศูนย์ยาน |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 8. | ER/ระดับ2 | เวรบ่าย มีเคส dog bite โทรตาม จนท ฝ่ายเวชที่ขึ้นปฏิบัติงานเพื่อสอบสวนโรค แต่ติดต่อ ไม่ได้ | ประสานแนวทางการขึ้นปฏิบัติงาน/สอบสวนโรคให้หน่วยงานทราบ | งานควบคุมโรคติดต่อ |
| 9. | ER/ระดับ1 | ห้องน้ำข้างห้องNCD ส่งกลิ่นเหม็น กลิ่นถึงER  | ประสานงานแม่บ้านรับทราบ | งานแม่บ้าน |
| 10. | ER/ระดับ2 | ตู้เย็นที่ใช้สำหรับแช่ยาเก็บอุณหภูมิ ที่กำหนดตามมาตรฐานคือ 2-8องศา จนท มีการนำอาหาร น้ำดื่ม เข้าแช่ ปะปนกับยา มีโอกาสส่งผลต่อคุณภาพยาที่เก็บไว้ในตู้เย็นไม่ได้ตามอุณหภูมิที่กำหนด | - แจ้งหัวหน้างานทราบ - ลงบันทึกรายงานความเสี่ยง | ER |
| 11. | ENV/ระดับB | ทิ้งขยะผิดประเภทพบเห็นขยะทิ้งผิดประเภท ในฝ่ายเวช | - แจ้งหัวหน้างานทราบ - ลงบันทึกรายงานความเสี่ยง | งานอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม (ENV) |
| 12. | ENV/ระดับC | ประตูฝ่ายเวช หนีบคนไข้ที่มารับบริการ | - แจ้งหัวหน้างานทราบ-ประสานหน่วยงานช่างซ่อมบำรุงเพื่อแก้ไข- ลงบันทึกรายงานความเสี่ยง | งานช่างซ่อมบำรุง |
| 13. | ENV/ระดับB | น้ำท่วมขัง ที่จอดรถเป็นหลุมเป็นบ่อ/ฝนตกทุกวัน ทำให้พื้นที่จอดรถหลังตึก OPD เป็นหลุม โคลนตม | - ประสานงานช่างซ่อมบำรุง | งานช่างซ่อมบำรุง/ENV |
| 14. | ENV/ระดับB | น้ำแอร์ ที่ฝ่ายเวช หยด แอร์ใช้งานไม่ได้ | - ประสานงานช่างซ่อมบำรุง | - ช่างซ่อมบำรุง |
| 15. | ENV/ระดับB | ฝนสาด cover way | - ประสานงานช่างซ่อมบำรุง | - ประสานงานช่างซ่อมบำรุง |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 16. | งานควบคุมโรค/ระดับC | ผู้ป่วย TB ได้รับยาผิดขนาด ผิดสูตร | หาแนวทางการใช้ยากลุ่มผู้ป่วยTB | องค์กรแพทย์/งานควบคุมโรค |
| 17. | ENV/ระดับB | พบหนู ขี้หนู ในลิ้นชักโต๊ะทำงาน | หน่วยงานทำ 5ส  | งานควบคุมโรค/งานแม่บ้าน |
| 18. | ER/ระดับ C | เวรเช้า ขณะสั่งยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน Re-check ยากับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สั่งยาธาตุอบเชยให้ผู้ป่วย แต่ห้องยาเปลี่ยนยาในระบบ และไม่ได้แจ้งให้อีอาทราบว่ายาธาตุอบเชยหมด stock | - ควรมีการตรวจสอบรายการยาให้พร้อมรับบริการผู้ป่วย | เภสัชกรรม |
| 19. | ER/ระดับ C | เวรบ่าย วันที่ 23/9/66 ขณะจัดยาเพื่อจำหน่ายยาให้คนไข้ ยาพาราเม็ด 500 mg ขาด stock ห้องยาไม่ได้แจ้งอีอาให้ทราบ มีเพียงกระดาษเขียนในลิ้นชักยาว่ายาหมด | - ควรมีการตรวจสอบรายการยาให้พร้อมรับบริการผู้ป่วย | เภสัชกรรม |
| 20. | กลุ่มการพยาบาล/ระดับ1 | เจ้าหน้าที่รพ ทุกหน่วยงาน ลงเวลาปฏิบัติงานน้อย ไม่ครบทุกคน | -หาแนวทางการลงเวลาปฏิบัติงานให้ทุกหน่วยงานทราบ | งานบริหาร/ธุรการ |
| 21. | งานแผนไทย/ระดับ C | ส่งชุดสครับซักแล้วไม่ได้คืน เจ้าหน้าที่ซักฟอกให้เหตุผลว่าไม่มี ไม่ได้ส่งมาซัก จนต้องไปตามหาเอง สุดท้ายพบที่ห้องซักฟอก | -ประสานหน่วยงานซักฟอกทราบ-ลงความเสี่ยงในระบบ | งานซักฟอก |
| 22. | งานIPD/ระดับB | ผู้ป่วยชายไทย อายุ 21 ปี Dx. Cerebral concussion c MCA แพทย์มี order ให้ Losec 1 amp V q 12 hr. ขณะจัดยาพบว่ามี สติ๊กเกอร์ยาเป็น Losec 1 tab oral จึงตรวจสอบ order ซ้ำ และโทรแจ้งห้องยา ลงบันทึกความเสี่ยง | - ทบทวนแนวทางการรับคำสั่งแพทย์- ควรมีการเช็ครายการยาก่อนนำส่งเข้าตึก | งานเภสัชกรรม |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 23. | งานIPD/ระดับC | ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี เคสรับ refer กลับจาก รพ.สปส. Dx. Alcohol withdral c CFx.Lt. ankle S/P ORIF c K-WIRE c CFx. Lt. distal hemerus S/P ORIF c PAS วันที่ 8/9/66 กลับมาให้ยาฆ่าเชื้อต่อจนครบ แรกรับที่วอร์ด ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี พอทำตามคำบอกได้ จึงได้แนะนำให้อยู่เฝ้าของเตียงตลอด เมื่อนำผู้ป่วยลงเตียงเสร็จ เจ้าหน้าเดินกลับมาทำ chart รับใหม่ต่อ ขณะนั่งทำ chart ได้ยินเสียงคล้ายของตกกระแทกพื้น จึงได้เดินออกไปดู พบว่าผู้ป่วยเดินมาหกล้ม จึงได้เข้าไปช่วยเหลือ และประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีศีรษะกระแทกพื้น ไม่มีเลือดออก ไม่มีแผลเกิดใหม่ และสอบถามพบว่าผู้ป่วยอยากไปห้องน้ำ และญาติไม่ได้เฝ้าของเตียงเนื่องจากกลับบ้าน แต่ญาติไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่ไว้ จึงได้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน และโทรตามญาติ | -ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล | IPD |
| 24. | งานIPD/ระดับF | ผู้ป่วยชายไทย อายุ 87 ปี มาด้วย 1 wks. ก่อนมา รพ. ให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดก้นกบ ร้าวลงขา 2 ข้าง ขาอ่อนแรง ต้องมีคนช่วยพยุงตอนเดิน+ใส่สาย Foley cath. ปวดปลายอวัยวะเพศ ปัสสาวะออกดี กลางคืนไม่นอน พูดคนเดียว Admit 8 สิงหาคม 2566 เวลา 11.55 น. วันที่9 สิงหาคม 2566 เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย มีไข้ต่ำ ๆ มีหายใจหอบเป็นช่วงๆ เวลา 10.20 น. รายงานแพทย์ผู้ป่วยมี BP drop, BP1=74/49mmHg, BP2=79/48mmHg แพทย์รับทราบให้ On dopamine (2:1) iv 3 cc/hr. Hold ยา HT ทุกตัว เวลา 14.30 น. รายงานแพทย์ผู้ป่วย E4V5M6 urine ออกติดสาย อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 92/54 มิลลิเมตรปรอท On dopamine (2:1) iv 10 cc/hr. แพทย์รับทราบ ให้ Keep MAP BP มากกว่าหรือเท่ากับ 55 เวลา 15.50 น. รายงานแพทย์ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ เหนื่อยเพลีย มีอาการสับสน อธิบายให้ญาติทราบเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาของแพทย์ให้ญาติทราบ ญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการปั๊มหัวใจ เวลา 17.00 น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบมากขึ้น มีอาการสับสน กระสับกระส่าย ญาติเปลี่ยนใจให้ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์รับทราบ ตรวจเยี่ยมอาการ พิจารณาให้ On ETT เบอร์ 7.5 ขีด 21 ส่ง CXR, EKG, 0.9%NSS 1,000ml vein load then 100cc/hr. ให้ Off Dopa ให้ NE 4 : 250 iv 10 mcd/min แพทย์ Dx. ให้ Refer ส่งตัวรักษาต่อ | -ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามพยาธิสภาพโรค | องค์กรแพทย์/IPD |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รายงาน | เหตุการณ์ | ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข | ผู้รับผิดชอบ |
| 25. | งานIPD/ระดับF | ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี 2 ชม.ก่อนมา รพ. มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่ไข้ ไม่ไอ ไม่อาเจียน ถ่ายปกติ ไม่ขาดยา นอนราบไม่ได้ หนุนหมอน 2 ใบ ปัสสาวะออกน้อย Admit at ward 4 สิงหาคม 2566 เวลา 18.30 น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ มีหายใจหอบ เหนื่อยอ่อนเพลีย Lung minimal crepitation both อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ furosemide (500) 1\*2 oral pc เช้า-เที่ยง เวลา 19.20 น.รายงานแพทย์ ผู้ป่วย Urine ไม่ออก DTX=78mg% แพทย์รับทราบให้ยา Cef-3 2 gm iv OD เวลา 22.00 น. รายงานแพทย์ ผู้ป่วยหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท Urine ไม่ออก แพทย์รับทราบให้ สังเกตอาการต่อ 6 สิงหาคม 2566 เวลา 09.00 น. แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีหายใจหอบเป็นบางช่วง เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ไม่ไอ Lung clear แพทย์ให้ส่ง CXR, ให้ยา Lasix 80 mg iv q 8 hr. เจาะ electrolyte พรุ่งนี้เช้า, ให้ยา Clindamycin 600 mg iv q 8 hr. เวลา 21.30 น. รายงานแพทย์ ผู้ป่วย มีหายใจหอบ มี BP drop สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/50 มิลลิเมตรปรอท urine ออกติดสาย แพทย์รับทราบ ให้ Hold Lasix 80 mg iv dose 22.00 น. Keep BP MAP มากว่า 55 7 สิงหาคม 2566 เวลา 09.00 น. แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีหายใจหอบ เหนื่อยเพลีย แพทย์ให้ส่ง CXR= infiltration RUL. แพทย์พิจารณาให้ On ETT เบอร์ 7 ขีด 21 Dx.Pneumoonia Refer ส่งตัวรักษาต่อ | -ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายโรค | องค์กรแพทย์/IPD |
| 26. | งานIPD/ระดับF | ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี Admit 10 กันยายน 2566 เวลา 03.29 น. แรกรับ Dx. Cerebral concussion with MCA CC: แน่นหน้าอก 40 นาทีก่อนมา Present illness: 40 นาที ก่อนมา รับแจ้งจาก EMS พบเหตุ MC ล้มเอง ไม่สวมหมวก ไม่ทราบประวัติ สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีอาการแน่นหน้าอก หน้าผากบวมโน 4 cm. แผลถลอกที่แก้มซ้าย 3 cm. แผลถลอกที่จมูก 1 cm. จมูกบวม ไม่ผิดรูป มี่ปวดศีรษะ ไม่มีปวดท้อง เหยียดงอแขนขาได้ V/S แรกรับ BT=36.8 c PR=68 bpm. RR=20 bpm. BP= 146/78 mmHg O2sat 94 % RA E4V5M6 , Lung Clear , Film not seen Fx. มีคำสั่งแพทย์ CXR พน .เช้า และให้ยาตามอาการ วันที่ 11 ก.ย. 66 เวลา 10.55 น. รายงานผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ BP 171/87 mmHg P 74/min RR 30/min O2 sat 93% ( on mask c bag 10 LPM) ดูผล CXR : Fx.Rib 8+RUL atelectasis มีเสมหะเยอะอุดปอด O2sat 90% RA + RR 34/min พ่นยาให้+ดูดเสมหะให้ อาการไม่ดีขึ้น ยังมีหายใจหอบ แพทย์พิจารณาให้ On ETT NO.7.5 ลึก 21 cm. แพทย์ โทร consult ICU Med รับทราบ case ให้ขึ้น อช. Rx.pnuemonia+suction จึงโทรรายงานศูนย์ประสาน รพ.สปส รายงาน case รับทราบ ให้ตรวจ ATK และให้เจาะ H/C \*2 ขวด และให้ Refer ได้ ขณะรอรถ รีเฟอร์ เวลา 13.16 น. ศูนย์ประสาน ICUHubSPS โทรกลับมา ให้ consult CVT จึงโทรรายงานแพทย์ แจ้งเรื่อง ศูนย์ประสาน ICUHubSPS โทรกลับมา ให้ consult CVT แพทย์เข้ามาที่ IPD คุณหมอมีอาการเอะอะโวยวาย เสียงดัง คล้ายไม่พอใจและไม่ยอม consult CVT แพทย์ พูดว่า “ต้อง consult อะไรอีก ก็ consult อ.Med ไปแล้ว เขารับแล้ว ถ้า consutl อาจารย์ CVT แล้วอาจารย์ Med ที่ consutl ไปแล้วเขาจะว่าไง ถ้ามันเก่งนัก ก็ให้มัน Consutl เอง ให้มันรักษาเอง” โทรรายงานแจ้งศูนย์ประสานทราบให้ส่งผู้ป่วยมาได้เลย | -ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายโรค | องค์กรแพทย์/IPD |