

แบบฟอร์มการทบทวน Case ปิงประมาณ 2567

Trigger ☐ Dead ☐ Unplanned ET-tube ☐ Unplanned Dead ☐ ติดเชื้อใน รพ. (SSI,CAUTI,CLABSI) ☒ ทรุดลงระหว่างรอตรวจ/ส่งต่อ ☐ Re-admit ☐ Re-Visit
งานที่รับผิดชอบ ☐ ER ☒ IPD ☐ OPD ☐ อื่นๆ.....

Care Process ☐ การเข้าถึง,เข้ารับบริการ ☒ การประเมิน ☒ Diagnosis ☒ การวางแผนการดูแล ☐ การให้ข้อมูล ☐ การดูแลต่อเนื่อง

วันที่ทบทวน ครั้งที่1 (ว/ด/ป) 15 กรกฎาคม 2567 **หอผู้ป่วย** งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

HN 15944 **อายุ** 67 ปี

รายละเอียด ประวัติ/ว.ด.ป. ที่เกิดเหตุ/ ข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์ตั้งแต่แรกรับจนเกิดเหตุ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี วันที่มารับบริการ วันที่ 9 กรกฎาคม 2567 เวลา 07.43 น.

Chief Complaint : แน่นหน้าอก ก่อนมา รพ. 6 วัน

Present Illness : case re-visit 72 ชั่วโมง มาด้วยอาการ 6 วัน ก่อนมา รพ. มีอาการแน่นหน้าอก แน่นบริเวณกลางหน้าอก ไม่ร้าวไปไหน มีอาการแสบร้อนกลางอก คลื่นไส้ไม่อาเจียน

ไม่มีเหนื่อยเพลีย กลางคืนนอนราบไม่ได้ ร่วมกับมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด ไม่มีไข้ เหนื่อยเพลีย มารักษาที่ รพ. (วันที่ 7 กรกฎาคม 2567) Dx. Dyspepsia ให้ยาฉีด

Omeprazole 40 mg IV stat และให้ยากลับไปรับประทาน วันนี้อาการไม่ดีขึ้น มีอาการแน่นหน้าอกมากขึ้น จึงมา รพ. (โรคประจำตัว IHD รักษาที่ รพ.วารินฯ)

Dx. UTI admit

ว/ด/ป เวลา	Event (เหตุการณ์)	ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยง ตาม Care Process	ระดับ ความ รุนแรง (A – I)	แนวทางแก้ไขปรับปรุง	Adverse Event ที่เกิด	1LOS (กี่วัน)
09/02/67	Unplanned Refer	1. reassessment ไม่ได้ประเมินอาการซ้ำขณะ admit 2. Diagnosis - ผู้ป่วยมาด้วยอาการแน่นหน้าอก นอนราบ ไม่ได้ U/D: IHD admit Dx. UTI	F	- การประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำและ consult แพทย์เฉพาะทาง เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว	- ผู้ป่วยทรุดลง ส่งต่อ (ติดตามเคสผู้ป่วย on ET-tube admit ICU : Dx. Pneumonia with NSTEMI)	4 วัน

Story and Timeline

07.00-08.00	08.00-09.00	10.00-11.00	12.00-13.00	14.00-15.00	16.00-17.00	18.00-19.00	20.00-21.00	22.00-23.00	24.00-01.00
9 กรกฎาคม 2567 เวลา 07.43 น. มาด้วยอาการ 6 วัน ก่อนมา รพ. มีอาการแน่นหน้าอก แน่นบริเวณกลางหน้าอก ไม่ร้าวไปไหน มีอาการแสบร้อนกลางอก คลื่นไส้ไม่อาเจียน ไม่มีเหนื่อย เพลีย กลางคืนนอนราบไม่ได้ ร่วมกับมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด ไม่มีไข้ เหนื่อยเพลีย มารักษาที่ รพ. (วันที่ 7 กรกฎาคม 2567) Dx. Dyspepsia ให้ยาฉีด Omeprazole 40 mg IV stat และให้ยากลับไปรับประทาน วันนี้อาการไม่ดีขึ้น มีอาการแน่นหน้าอกมากขึ้น จึงมา รพ. (โรคประจำตัว IHD รักษาที่ รพ.วารินา) สัญญาณชีพแรกรับ BT=36.5 C, PR = 58/min, RR=20/min, BP 147/91 mmHg, ทำ EKG 12 lead : NSR rete 74/min รายงานแพทย์พิจารณา ส่ง Lab: CBC, Electrolyte, BUN, Cr, Trop-T,UA แพทย์ซักประวัติพิจารณา admit Dx. UTI พิจารณาให้ฉีด Ceftriaxone 2 gm IV OD : plan continuous ATB									
12 กรกฎาคม 2567 เวลา 20.45 น. ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ มีคลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้ง เป็นน้ำลาย ปวดศีรษะ รายงานแพทย์ตรวจคัดกรองพิจารณาให้ฉีด Plasil 10 mg IV stat									
13 กรกฎาคม 2567 เวลา 01.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ มีอาการไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ สัญญาณชีพ BT=38.6 C, PR = 64/min, RR=28/min, BP 158/96 mmHg DTX=163 mg% รายงานแพทย์ตรวจคัดกรองพิจารณาให้พ่น Berodual 1:3 NB q 4 hr									
13 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.50 น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย สัญญาณชีพ BT=37.2 C, PR = 84/min, RR=24-26/min, BP 140/79 mmHg DTX=133 mg% O2 sat 98-99% on O2 canula 3 LPM รายงานแพทย์ตรวจคัดกรองพิจารณาส่ง Lab: CBC, Electrolyte, BUN, Cr, Trop-T, CXR, EKG 12 leads q 15 minx 2 ครั้ง CXR มี cardiomegaly แพทย์พิจารณาให้ Lasix 20 mg IV stat Dx CHF with UTI with VHD ก่อน refer RR 40/min consult staff med รพ.วารินา แพทย์ไม่ได้พูดถึงเรื่องผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย staff med รับ refer >> ถึง ER วารินา ผู้ป่วยหายใจหอบ RR 40/min แพทย์พิจารณา on ET-tube admit ICU Med : Dx. Pneumonia									

แบบฟอร์มการทบทวน Case ปิงประมาณ 2567

Trigger ☐ Dead ☐ Unplanned ET-tube ☐ Unplanned Dead ☐ ติดเชื้อใน รพ. (SSI,CAUTI,CLABSI) ☒ ทรุดลงระหว่างรอตรวจ/ส่งต่อ ☐ Re-admit ☐ Re-Visit
งานที่ได้รับผิดชอบ ☐ ER ☒ IPD ☐ OPD ☐ อื่นๆ.....

Care Process ☐ การเข้าถึง,เข้ารับบริการ ☒ การประเมิน ☒ Diagnosis ☒ การวางแผนการดูแล ☐ การให้ข้อมูล ☐ การดูแลต่อเนื่อง

วันที่ทบทวน ครั้งที่1 (ว/ด/ป) 15 กรกฎาคม 2567 หอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

HN 11024 อายุ 59 ปี

รายละเอียด ประวัติ/ว.ด.ป. ที่เกิดเหตุ/ ข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์ตั้งแต่แรกรับจนเกิดเหตุ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี วันที่มารับบริการ วันที่ 12 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.19 น.

Chief Complaint : ปวดบิดท้อง ถ่ายเหลว ก่อนมา รพ. 1 สัปดาห์

Present Illness : case re-visit 1 สัปดาห์ ก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติมีอาการปวดบิดท้อง ปวดจุกแน่นท้อง ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง มีมูกปน อาเจียน 2-3 ครั้ง เป็นเศษอาหาร มีไข้ หนาวสั่น รับประทานได้น้อย มารักษาที่ รพ. วันที่ 11 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.56 น. แพทย์ชันสูตรพิจารณาให้ส่งแลป CBC >> WBC : 25,320 cell/mm³ Neutrophil 78 Lymphocyte 10 พิจารณานิด Plasil 10 mg IV stat และให้ยากลับไปรับประทาน หลังกลับไปผู้ป่วยยังมีปวดท้อง ถ่ายเหลว ไข้ หนาวสั่น จึงมา รพ.

น้อย

Dx. Gastroenteritis admit

ว/ด/ป เวลา	Event (เหตุการณ์)	ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยง ตาม Care Process	ระดับ ความ รุนแรง (A – I)	แนวทางแก้ไขปรับปรุง	Adverse Event ที่เกิด	1LOS (กี่วัน)
12/07/67	Unplanned Refer	1. reassessment ไม่ได้ประเมินอาการซ้ำขณะ admit 2. Diagnosis - ผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้ ปวดท้อง ถ่ายเหลว WBC: 36980 cell/mm ³ PR 100/min Dx. AGE	F	- การประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำและ consult แพทย์เฉพาะทาง เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว - การปฏิบัติตาม CPG sepsis และการใช้ standing order	- ผู้ป่วยทรุดลง ส่งต่อ (ติดตามเคสผู้ป่วย เสียชีวิต)	1 วัน

Story and Timeline

07.00-08.00	08.00-09.00	10.00-11.00	12.00-13.00	14.00-15.00	16.00-17.00	18.00-19.00	20.00-21.00	22.00-23.00	24.00-01.00
12 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.19 น. มาด้วย case re-visit 1 สัปดาห์ ก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติมีอาการปวดบิดท้อง ปวดจุกแน่นท้อง ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง มีมูกปน อาเจียน 2-3 ครั้ง เป็นเศษอาหาร มีไข้ เหนื่อยเพลีย รับประทานได้น้อย มารักษาที่ รพ. วันที่ วันที่ 11 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.56 น. แพทย์ชลกรพิจารณาให้ฉีด Plasil 10 mg IV stat และให้ยากลับไปรับประทาน หลังกลับไปผู้ป่วยยังมีปวดท้อง ถ่ายเหลว ไข้ เหนื่อยเพลีย จึงมา รพ. สัญญาณชีพแรกรับ BT=36.5 C, PR = 80/min, RR=20/min, BP 120/70 mmHg, DTX = 210 mg% รายงานแพทย์ชลกรพิจารณา ส่ง Lab: CBC, Electrolyte, BUN, Cr ผลแลป CBC >> WBC : 36,980 cell/mm³ Neutrophil 88 Lymphocyte 1 แพทย์ชลกรพิจารณา admit Dx. AGE พิจารณาให้ on 0.9% NSS 1000 ml IV rate 80 ml/hr, ceftriaxone 2 gm IV OD, Metronidazole 500 mg IV q 8 hr เวลา 13.20 น. รายงานผล Electrolyte >> Na 123.3 mmol/L, K 3.38 mmol/L, CO2 14.7 Cr 1.87 แพทย์ชลกรพิจารณาให้ฉีด 7.5% NaHCO3 50 ml IV stat, เจาะ H/C x II ขวด ให้เจาะ Electrolyte ซ้ำพรุ่งนี้ เวลา 17.35 น. ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน 2-3 ครั้ง เป็นน้ำ ถ่ายกระปริดกระปรอย 4-5 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ เหนื่อยเพลีย รายงานแพทย์รศกดีพิจารณา ส่ง Lab: UA, Stool exam, stool occult blood, LFT, Cr และส่ง film acute abdomen series รายงานแพทย์พิจารณาให้ activated charcoal 2x3 oral pc เวลา 20.00 น. แพทย์รศกดีตรวจเยี่ยมอาการ ชักประวัติผู้ป่วยเพิ่ม ให้ประวัติรับประทานเห็ด 3 วันก่อน plan ATB ต่อ R/O Cirrhosis พิจารณาให้ off ceftriaxone เปลี่ยนเป็น Fortum 1 gm IV OD, PGS 5 mu IV q 6 hr 13 กรกฎาคม 2567 เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย สัญญาณชีพ BT=37.2 C, PR = 84/min, RR=24-26/min, BP 140/79 mmHg O2 sat 98-99% on O2 canula 3 LPM ผล Stool exam : WBC over 100, stool occult blood : positive Dx Infective AGE ส่งต่อ รพ.วารินฯ>> ถึง ER วารินฯ ผู้ป่วยหายใจหอบ RR 40/min แพทย์พิจารณา on ET-tube admit ICU Med ผู้ป่วยเสียชีวิต									

แบบฟอร์มการทบทวน Case ปีงบประมาณ 2567

Trigger ☐ Dead ☐ Unplanned ET-tube ☐ Unplanned Dead ☐ ติดเชื้อใน รพ. (SSI,CAUTI,CLABSI) ☒ ทรุดลงระหว่างรอตรวจ/ส่งต่อ ☐ Re-admit ☐ Re-Visit
 งานที่ได้รับผิดชอบ ☒ ER ☐ IPD ☐ OPD ☐ อื่นๆ.....

Care Process ☐ การเข้าถึง,เข้ารับบริการ ☒ การประเมิน ☒ Diagnosis ☒ การวางแผนการดูแล ☐ การให้ข้อมูล ☐ การดูแลต่อเนื่อง

วันที่ทบทวน ครั้งที่1 (ว/ด/ป) 19 กรกฎาคม 2567 หอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

HN 12429 อายุ 67 ปี

รายละเอียด ประวัติ/ว.ด.ป. ที่เกิดเหตุ/ ข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์ตั้งแต่แรกรับจนเกิดเหตุ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี วันที่มารับบริการ วันที่ 19 กรกฎาคม 2567 เวลา 16.18 น.

Chief Complaint : ศีรษะบวมโน ตาซ้ายบวม ก่อนมา รพ. 30 นาที

Present Illness : ไข้หวัดนำส่ง 30 นาที ก่อนมา รพ. ให้ประวัติตกแคร่สูง 70 ซม. ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีศีรษะซ้ายบวมโน 10 ซม ตาซ้ายบวมซ้าย บวมปิด ศีรษะขวาบวมโน 3 ซม ไม่มีบาดแผล โรคประจำตัว old CVA ผ่าตัด craniectomy 16/02/64 รพ. สรรพสิทธิประสงค์

Dx. Mild Head injury with High risk

ว/ด/ป เวลา	Event (เหตุการณ์)	ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยง ตาม Care Process	ระดับ ความ รุนแรง (A – I)	แนวทางแก้ไขปรับปรุง	Adverse Event ที่เกิด	1LOS (กี่วัน)
19/07/67	Unplanned Refer	1. reassessment ไม่ได้ประเมินอาการซ้ำก่อนจำหน่าย 2. Plan of care - ผู้ป่วยมีศีรษะบวมโน ตาบวมปิด ไม่ admit observe neuro sign	F	- การประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย - admit observe ผู้ป่วย Head injury ทุก ราย - การปฏิบัติตาม CPG Head injury	- ผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อ	1 ชม

Story and Timeline

07.00-08.00	08.00-09.00	10.00-11.00	12.00-13.00	14.00-15.00	16.00-17.00	18.00-19.00	20.00-21.00	22.00-23.00	24.00-01.00
19 กรกฎาคม 2567 เวลา 16.18 น. มาด้วย 30 นาที ก่อนมา รพ. ให้ประวัติตกแคร่สูง 70 ซม. ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีศีรษะซ้ายบวมโน 10 ซม ตาซ้ายบวมซ้ำ บวมปิด ศีรษะขวาบวมโน 3ซม ไม่มีบาดแผล จึงมา รพ. สัญญาณชีพแรกจับ BT=36.5 C, PR = 94/min, RR=20/min, BP 135/77 mmHg, รายงานแพทย์ชลกรพิจารณา ส่ง film skull series : not seen Fx. แพทย์ชลกรพิจารณาจำหน่าย									
เวลา 16.55 น. ขณะรอรถกู้ชีพมารับ ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งตาค้าง น้ำลายฟูมปาก ชักนาน 1 นาที ไม่มีปัสสาวะ/อุจจาระรด หลังชัก GCS: E4V1M1 แพทย์พิจารณาให้ On O2 mask with bag 10 LPM Obs. 20 นาที ส่ง Lab: CBC, Electrolyte, BUN, Cr แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลวชิรพยาบาล Dx. Mild Head injury with High risk									
เวลา 18.00 น. ขณะนำส่งผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งตาค้าง น้ำลายฟูมปาก ไม่มีปัสสาวะ/อุจจาระรด ชักนาน 1 นาที พิจารณาให้ Diazepam 10 mg IV stat หลังให้ยา 15 นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ PR = 90/min, RR=24/min, BP 170/80 mmHg									

แบบฟอร์มการทบทวน Case ปิงประมาณ 2567

Trigger ☐ Dead ☐ Unplanned ET-tube ☐ Unplanned Dead ☐ ติดเชื้อใน รพ. (SSI,CAUTI,CLABSI) ☒ ทรุดลงระหว่างรอตรวจ/ส่งต่อ ☐ Re-admit ☐ Re-Visit
 งานที่รับผิดชอบ ☒ ER ☐ IPD ☐ OPD ☐ อื่นๆ.....

Care Process ☐ การเข้าถึง,เข้ารับบริการ ☒ การประเมิน ☒ Diagnosis ☒ การวางแผนการดูแล ☐ การให้ข้อมูล ☐ การดูแลต่อเนื่อง

วันที่ทบทวน ครั้งที่1 (ว/ด/ป) 29 กรกฎาคม 2567 หอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

HN 2042 อายุ 74 ปี

รายละเอียด ประวัติ/ว.ด.ป. ที่เกิดเหตุ/ ข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์ตั้งแต่แรกรับจนเกิดเหตุ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี วันที่มารับบริการ วันที่ 29 กรกฎาคม 2567 เวลา 16.55 น.

Chief Complaint : ไข้ หนาวสั่น ก่อนมา รพ. 4 ชั่วโมง

Present Illness : ไข้หวัดนำส่ง 4 ชั่วโมง ก่อนมา รพ. มีไข้สูง หนาวสั่น สับสน ปัสสาวะแสบขัด รับประทานได้น้อย ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว เหนื่อยเพลีย จึงมา รพ.

**case fever cause มารักษาที่ รพ. วันที่ 26/07/67 ได้ Doxycycline 1x2 oral x 7 day

Dx. Meningitis

ว/ด/ป เวลา	Event (เหตุการณ์)	ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยง ตาม Care Process	ระดับ ความ รุนแรง (A – I)	แนวทางแก้ไขปรับปรุง	Adverse Event ที่เกิด	1LOS (กี่วัน)
19/07/67	Unplanned ET-tube	1. reassessment ไม่ได้ประเมินอาการซ้ำ 2. Delay treatment - ผู้ป่วยซึม E1V2M5 ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ รอ รถ ambulance กลับจาก refer	H	- การประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ - ผู้ป่วย GCS < 8 ให้ on ET-tube โดยไม่ต้อง รอสังเกตอาการ	- ผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อ	4 ชม

Story and Timeline

07.00-08.00	08.00-09.00	10.00-11.00	12.00-13.00	14.00-15.00	16.00-17.00	18.00-19.00	20.00-21.00	22.00-23.00	24.00-01.00
29 กรกฎาคม 2567 เวลา 16.55 น. มาด้วย 4 ชั่วโมง ก่อนมา รพ. มีไข้สูง หนาวสั่น สับสน ปัสสาวะแสบขัด รับประทานได้น้อย ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว เหนื่อยเพลีย จึงมา รพ. **case fever cause มารักษาที่ รพ. วันที่ 26/07/67 ได้ Doxycycline 1x2 oral x 7 day สัญญาณชีพแรกรับ BT=39.4 C, PR = 96/min, RR=30/min, BP 166/72 mmHg, DTX=103mg%, O2 sat RA=100% GCS E4V3M5 รายงานแพทย์เวรพิจารณาส่ง Lab: CBC, Electrolyte, BUN, Cr, UA , ATK, CXR รอผล									
เวลา 18.30 น. แพทย์พิจารณาให้ on 0.9%NSS 1000 ml IV rate 80 ml/hr, Ceftriaxone 2 gm IV stat 18.50, Clindamycin 600 mg IV stat 19.05 น. ขณะสังเกตอาการผู้ป่วยซึมลง E1V2M5 รายงานแพทย์เวรตรวจร่างกาย stiff neck: positive แพทย์แจ้งว่าให้ยา ATB สังเกตอาการต่อ ยังไม่ใส่ท่อช่วยหายใจรอรถ ambulance กลับมาก่อน (**ขณะนั้นรถเพิ่งถึง รพ.วารินฯ)									
เวลา 20.15 น. ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ซึม E1V2M5 แพทย์พิจารณา on ET-tube Dx. Meningitis พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ **ระยะเวลารอคอยใน ER 4 ชั่วโมง									

แบบฟอร์มการทบทวน Case ปิงประมาณ 2567

Trigger ☐ Dead ☐ Unplanned ET-tube ☐ Unplanned Dead ☐ ติดเชื้อใน รพ. (SSI,CAUTI,CLABSI) ☒ ทรุดลงระหว่างรอตรวจ/ส่งต่อ ☐ Re-admit ☒ Re-Visit
 งานที่รับผิดชอบ ☒ ER ☐ IPD ☐ OPD ☐ อื่นๆ.....

Care Process ☐ การเข้าถึง,เข้ารับบริการ ☒ การประเมิน ☒ Diagnosis ☒ การวางแผนการดูแล ☐ การให้ข้อมูล ☐ การดูแลต่อเนื่อง

วันที่ทบทวน ครั้งที่1 (ว/ด/ป) 14 สิงหาคม 2567 หอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

HN 10545 อายุ 40 ปี

รายละเอียด ประวัติ/ว.ด.ป. ที่เกิดเหตุ/ ข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์ตั้งแต่แรกรับจนเกิดเหตุ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี วันที่มารับบริการ วันที่ 14 สิงหาคม 2567 เวลา 07.39 น.

Chief Complaint : ชักเกร็ง ก่อนมา รพ. 1 ชั่วโมง

Present Illness : case re-visit กู้ชีพปั๊มและแลงนำส่ง 11 ชั่วโมง ก่อนมา รพ. ให้ประวัติขับ MC ขนกระบะ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่ทราบประวัติสลับ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีบาดแผลถลอก แก้มซ้าย ตาขาวมั่ว มีอาการปวดไหล่ซ้าย มีบาดแผลถลอกโหนกแก้มซ้าย 3 ซม บาดแผลถลอกเข่า 2 ข้าง 3 ซม แพทย์พิจารณาส่ง film: shoulder Lt, Clavicle Lt มี CFx Lt clavicleพิจารณาจำหน่าย 1 ชั่วโมง ก่อนมา รพ. ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ประมาณ 4 นาที มีปัสสาวะราด หลังชักตื่นรู้สึกตัวดี ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง 1 ครั้ง ประมาณ 3 นาที หลังชักตื่นรู้สึกตัว มีอาการสับสน

Dx. Mild Head injury with High risk with epilepsy

ว/ด/ป เวลา	Event (เหตุการณ์)	ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยง ตาม Care Process	ระดับ ความ รุนแรง (A – I)	แนวทางแก้ไขปรับปรุง	Adverse Event ที่เกิด	1LOS (กี่วัน)
14/08/67	Unplanned Refer	1. reassessment ไม่ได้ประเมินอาการซ้ำก่อนจำหน่าย 2. Plan of care - ผู้ป่วยไม่ทราบประวัติสลับ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ตาซ้ายบวมซ้ำ ไม่ admit observe neuro sign	F	- การประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย - admit observe ผู้ป่วย Head injury ทุก ราย - การปฏิบัติตาม CPG Head injury	- ผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อ	11 ชม

Story and Timeline

07.00-08.00	08.00-09.00	10.00-11.00	12.00-13.00	14.00-15.00	16.00-17.00	18.00-19.00	20.00-21.00	22.00-23.00	24.00-01.00
วันที่ 13 สิงหาคม 2567 เวลา 18.48 น. ให้ประวัติขับ MC ชนกระบะ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่ทราบประวัติสลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีบาดแผลถลอกแก้มซ้าย ตาบวมซ้าย มีอาการปวดไหล่ซ้าย มีบาดแผลถลอกโหนกแก้มซ้าย 3 ซม บาดแผลถลอกเข่า 2 ข้าง 3 ซม สัญญาณชีพแรกเริ่ม BT=36.6 C, PR = 90/min, RR=20/min, BP 148/100 mmHg, แพทย์พิจารณาส่ง film: shoulder Lt, Clavicle Lt มี CFx Lt clavicle consult ortho พิจารณาให้ on arm sling และนัด F/U ที่ รพ. สว่างวีระวงศ์ แพทย์พิจารณาจำหน่ายให้ยากลับไปรับประทาน									
วันที่ 14 สิงหาคม 2567 เวลา 07.39 น. ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ประมาณ 4 นาที มีปัสสาวะราด หลังชักตื่นรู้สึกตัวดี ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง 1 ครั้ง ประมาณ 3 นาที หลังชักตื่นรู้สึกตัวดี มีอาการสับสน สัญญาณชีพแรกเริ่ม BT=36.8 C, PR = 128/min, RR=26/min, BP 150/98 mmHg, DTX = 140mg % GCS: E4V5M6 รายงานแพทย์เวรพิจารณาส่ง Lab: CBC, Electrolyte, BUN, Cr									
เวลา 08.00 น. ขณะรอผลแลปผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งตาค้าง น้ำลายฟูมปาก ไม่มีปัสสาวะ/อุจจาระราด ชักนาน 1 นาที พิจารณาให้ Diazepam 10 mg IV stat หลังให้ยา 15 นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สับสน GCS : E4V3M5 สัญญาณชีพ PR = 120/min, RR=24/min, BP 170/80 mmHg ทำ EKG 12 leads : AF rate 110 /min แพทย์พิจารณาให้ on o.9% NSS 1000 ml IV rate 80ml/hr, Vit B 1 100 mg IV stat ส่ง film: skull series, CXR >> not seen Fx. Dx. Mild Head injury with High risk with epilepsy พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลวารินชำราบ									