



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลกลาง กลุ่มงานบริหารทั่วไป โทร.๐๗๒-๓๑๑๐๓๓-๔ ต่อ ๔๘๓

ที่ ภก.๐๐๓๒.๓๐๑/รพ.๑/๑๐๑๖ วันที่ ๕ เม.ย. ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลกลางแบบบันทึกคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ขึ้นเว็บไซต์โรงพยาบาลกลาง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

ตามที่ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้จัดทำแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลกลาง พร้อมทั้งแบบบันทึกคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ นั้น เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ จึงขออนุญาตเผยแพร่แบบฟอร์มทั้ง ๒ ฉบับขึ้นเว็บไซต์โรงพยาบาลกลาง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

(นางแสงดาว พรหมชินธ์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

อนุญาต

(นายไกลกังวาล รัตนมงคล)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

ใบ IR (สำเนาทั่วไป)

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลกลาง (ปรับ มี.ค 62)

ความเสี่ยงเรื่อง .....

สถานที่ / บริเวณที่เกิดเหตุ .....

วัน / เดือน / ปี ที่เกิดเหตุ.....เวลา .....

ระดับความรุนแรง

ระดับ 1 เกือบพลาด (near miss)

ระดับ 2

ระดับ 3

ระดับ 4

คำอธิบายระดับความรุนแรง ความเสี่ยงด้านทั่วไป

ระดับ 1 เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่มีโอกาสจะเกิดและยังไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ หรือองค์กร

ระดับ 2 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ผู้รับบริการ หรือองค์กร ยังไม่ได้เป็นอันตรายหรือได้รับความเสียหาย

ระดับ 3 เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือองค์กรแล้วทำให้เกิดอันตรายชั่วคราว หรือเกิดความเสียหายที่มีมูลค่าตั้งแต่ 1,000 บาทถึง 10,000 บาท

ระดับ 4 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อให้เกิดอันตราย / ความเสียหายต่อผู้รับบริการหรือองค์กรส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือ / ภาพลักษณ์ / ชื่อเสียง / ทรัพย์สินและ เกิดการฟ้องร้องต่อองค์กร หรือมูลค่าความเสียหายตั้งแต่ 10,001 บาท ขึ้นไป

หมายเหตุ ความเสี่ยงที่เป็น Sentinel Event ได้แก่ การเกิดอัคคีภัย / การเกิดอุทกภัยทรัพย์สินสำคัญในหน่วยงานสูญหาย / ผู้ป่วยหาย / หนีออกจากโรงพยาบาลการทำร้ายร่างกาย เจ้าหน้าที่ -ผู้รับบริการ / การทะเลาะวิวาทกันในสถานพยาบาล

อย่าลืม ! ความรุนแรงระดับ 3 ต้องทำ RCA ด้วย

ความรุนแรงระดับ 4 ต้องรับรายงานทันที และต้องดำเนินการแก้ไขภายใน 7 วัน

โปรแกรมความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ( ENV )

1. พลัดตก / หกล้ม
2. ทิ้ง / แยกขยะไม่ถูกต้อง
3. ระบบไฟฟ้าขัดข้อง ระบุ.....
4. ระบบประปาขัดข้องระบุ.....
5. ทรัพย์สินสูญหาย
6. ผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ ถูกทำร้าย ช่มชู้ คุกคาม
7. เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากการทำงานคือ.....
8. รถเกิดอุบัติเหตุระหว่างทาง
9. ออกซิเจน , แก๊ส หมด / รั่ว / ระเบิด
10. อื่น ๆ ระบุ .....

ความเสี่ยงด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก

- 1.รถ .....(สูญหาย /ไม่พร้อมใช้ / ขัดข้อง /ไม่เพียงพอ )
2. เครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ.....( สูญหาย/ไม่พร้อมใช้ / ขัดข้อง /ไม่เพียงพอ )
3. อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆระบุ.....( สูญหาย /ไม่พร้อมใช้ / ขัดข้อง /ไม่เพียงพอ )
4. อุปกรณ์ เครื่องมือ ติดมากับผ้าส่งซัก
5. อื่น ๆระบุ .....

 โปรแกรมความเสี่ยงด้านสารสนเทศ ( IM )

1. ตรวจสอบ / ระบุสิทธิผู้ป่วยผิดพลาด
2. ระบบHos xp ไม่พร้อมใช้ / ขัดข้อง
3. ข้อมูล , เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ / สูญหาย / หาไม่พบ
4. การสื่อสารผิดพลาด / ขัดข้อง
5. ส่ง OPD Card , ส่งรายงาน, เอกสารผิดหน่วยงาน ,ไม่ทันเวลา
6. ความผิดพลาดทางด้านการเงิน /บัญชี
- 7.ลงบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน / ผิดพลาด
8. ฐานข้อมูล/โปรแกรมที่ให้บริการเกิดความเสียหาย
- 9.อื่น ๆ ระบุ.....

 โปรแกรมความเสี่ยงด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ( HRD )

1. อัตรากำลังไม่เพียงพอ
2. สมรรถนะ/ ทักษะ/ความรู้ในการทำงานไม่เพียงพอ
3. พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม
4. เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะเสี่ยง / เจ็บป่วยทางด้านสุขภาพ
5. ความขัดแย้งทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน
6. อื่น ๆระบุ.....

 โปรแกรมความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน / สิทธิผู้ป่วย / จริยธรรม

1. พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่
2. ระยะเวลารอคอย
3. อาคาร / สถานที่ไม่สะดวก
4. ไม่พึงพอใจระบบบริการที่ได้รับ
5. เจ้าหน้าที่ ปฏิเสธการรักษา
6. การละเมิดสิทธิผู้ป่วย
7. อื่น ๆระบุ.....

 โปรแกรมด้านยุทธศาสตร์

- 1.แผนกลยุทธ์ของกลุ่มงานไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์โรงพยาบาล
- 2.การติดตามประเมินผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3.ขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดกลยุทธ์
- 4.อื่น ๆ.....



กระดาษเขียนความคิดเห็นของผู้รับบริการ

วันที่.....เดือน.....พศ.....เวลา.....

สถานที่ติดต่อกลับ.....โทร.....

หน่วยงานที่ท่านต้องการแสดงความคิดเห็น

รายละเอียด

เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและนำไปปรับปรุงต่อไป ข้อมูลที่ท่านให้จะเก็บเป็นความลับ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

โรงพยาบาลกลาง

กระดาษเขียน

ความคิดเห็น

วันที่.....เดือน.....พศ.....เวลา.....

สถานที่ติดต่อกลับ.....โทร.....

หน่วยงานที่ท่านต้องการแสดงความคิดเห็น

รายละเอียด

เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและนำไปปรับปรุงต่อไป ข้อมูลที่ท่านให้จะเก็บเป็นความลับ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

โรงพยาบาลกลาง

กระดาษเขียนความคิดเห็นของผู้รับบริการ

วันที่.....เดือน.....พศ.....เวลา.....

สถานที่ติดต่อกลับ.....โทร.....

หน่วยงานที่ท่านต้องการแสดงความคิดเห็น

รายละเอียด

เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและนำไปปรับปรุงต่อไป ข้อมูลที่ท่านให้จะเก็บเป็นความลับ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

โรงพยาบาลกลาง