



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานนิติกร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลหัวหิน โทร. ๐ ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๘๙๑๕
ที่ ปช ๐๐๓๒.๒๐๒/พิเศษ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการกำกับติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามกรอบแนวทางการตรวจสอบการ ปฏิบัติงาน
เจ้าหน้าที่ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน และขออนุญาตนำข้อมูลเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ผ่าน รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนาจการ

ด้วยโรงพยาบาลหัวหิน ได้ดำเนินการมีประกาศแนวทางการจัดวางระบบ การตรวจสอบ
การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางการ ตรวจสอบขบวนการ
ปฏิบัติงานขอบเขตงานตามภารกิจ หน้าที่ความรับผิดชอบและเป็นธรรมของบุคลากร โรงพยาบาลหัวหิน
ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ นั้น

ในการนี้ คณะผู้ตรวจประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์คุณธรรมและความโปร่งใสฯ (ITA)
จึงขอ รายงานผลการกำกับติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามกรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติเจ้าหน้าที่
ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามกรอบแนวทางฯ ดังกล่าว
และ ขออนุญาตนำข้อมูลเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน <http://www.huahinhospital.go.th/>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวสุพัตรา ประกอบชัย)
นิติกร

อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

(นายนิรันดร์ จันทระกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

แบบบันทึกอุบัติเหตุและแนวทางการแก้ไข

หน่วยงาน.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุการณ	รายละเอียดอุบัติเหตุการณ	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ



Hospital Occurrence Incident Report : HOIR

ชื่อผู้ป่วย/ผู้ประสบปัญหา	HN.....AN..... อายุ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	สถานที่เกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....
---------------------------	--	---

กฎหมายคุ้มครองหมาย ในช่อง หน้าข้อที่ขีดขึ้นเพื่ออธิบาย

โปรแกรมที่ 1 ด้านระบบบริการ/ การปฏิบัติงานทั่วไป

- 1) พฤติกรรมบริการ
- 2) ความล่าช้าในการทำงาน
- 3) เกิดกรณีพิพาท
- 4) เอกสาร ไม่สมบูรณ์/ครบถ้วน
- 5) ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
- 6) การประสานงานและการสื่อสาร
- 7) อื่นๆระบุ.....

โปรแกรมที่ 2 ด้านกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

- 1) การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร
 - เวชระเบียน : ผิด/หาย/ไม่บันทึก/บันทึกไม่สมบูรณ์
 - แพทย์ : ตามแพทย์ไม่ได้, แพทย์มาล่าช้า, อื่นๆ
 - รับผิดชอบ/ไม่รายงานแพทย์/รายงานล่าช้า
 - LAB/ X-ray ดำเนินผิดพลาด/หาย
 - การเคลื่อนย้าย : รับส่งผิดที่/ผิดคน/ล่าช้า/อุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย
 - ปัญหาการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน / ผู้ป่วย
 - อื่นๆระบุ.....
- 2) วินิจฉัย / ผิดการผิดพลาด / เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ
- 3) เลือด : ใหลิด/ไม่ได้ให้/เกิดภาวะแทรกซ้อน
- 4) เครื่องมือ/ วัสดุ/ อุปกรณ์/ค่า : ไม่พร้อมใช้งาน/ ไม่เพียงพอ/ ชำรุด/ ขณะใช้งาน/ หาย
- 5) สิทธิผู้ป่วย : การละเมิดสิทธิ/การเปิดเผย
- 6) ผลิตภัณฑ์ หักฉับ ตกเตียง จากภาวะการเจ็บป่วย
- 7) ไม่สมัครอยู่/ ปฏิเสธการรักษา/ หนีกลับ
- 8) Re admission ด้วยสาเหตุไม่ปฏิบัติตามวิธีการรักษาพยาบาล/ เครื่องมือผู้ป่วยไม่พร้อม
- 9) โภชนาการ : การปนเปื้อน/ติดเชื้อของอาหารทางสายยาง/จัดอาหารไม่ตรงคำสั่ง
- 10) การเสียชีวิต/ อาการทรุด โดยไม่คาดฝัน

โปรแกรมที่ 2 ด้านกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

- 11) การผ่าตัด/วิสัญญี
- 12) การคลอด
- 13) การระบุตัวผู้ป่วย
- 14) เครื่องมือผู้ป่วยไม่พร้อมต่อการทำหัตถการ
- 15) อื่นๆระบุ.....

โปรแกรมที่ 3 ด้านการติดเชื้อ

- 1) บุคลากรละเมิดการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานวิธีปฏิบัติด้าน IC
- 2) อื่นๆระบุ.....

โปรแกรมที่ 4 ด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย

- 1) เกิดอุบัติเหตุจากโครงสร้างสิ่งแวดล้อม
- 2) เครื่องมือ ไม่ทำงาน ชำรุด / ทำงานผิดปกติ/ ไม่พร้อมใช้
- 3) ไม่มีเครื่องมือใช้
- 4) ถูกโจรกรรม/ ถูกลักขโมย
- 5) สิ่งแวดล้อมเป็นอันตราย / ปนเปื้อน
- 6) มีการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย/ญาติ/ จนท.
- 7) มีการทุกลูก/ ชนคู่
- 8) ไฟไหม้
- 9) เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยจากการทำงาน
- 10) อื่นๆระบุ.....

โปรแกรมที่ 5 ด้านระบบยา

- 1) ให้อาหาร/ ให้สารน้ำ/ ให้เลือด ผิดคน
- 2) ให้อาหาร/ ให้สารน้ำ/ ให้เลือด ผิดขนาด/ ความเข้มข้น/ ชนิด/ วิธี/ เวลา
- 3) สารนำผิดเทคนิคเช่น ผิดลำดับก่อนหลัง/ ความเร็ว - ช้า
- 4) ให้อาหาร/ สารน้ำที่มีข้อห้าม
- 5) ไม่ได้ให้อาหาร/ สารน้ำ
- 6) ภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหาร
- 7) แพ้ยา
- 8) อื่นๆระบุ..... ไม่สามารถระบุโปรแกรมใด

บรรยายสรุปเหตุการณ์.....

.....

.....

กิจกรรมที่ได้กระทำโดยผู้รายงาน (immediate response following occurrence) แก้ไขเสร็จสิ้นภายในหน่วยงาน ต้องการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเมินระดับความรุนแรง (CNIC) A B C D E F G H I หรือ (Non clinic) ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 3 และ ระดับ 4

ลงนามผู้รายงานเหตุการณ์..... ตำแหน่ง..... วันที่..... เวลา..... หน่วยงาน..... โทร.....

สำหรับคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

การส่งต่อข้อมูล () แจ้งผู้บังคับบัญชาระดับสูง..... วันที่..... () ควบนำเข้าที่นันทน์ คณะกรรมการบริหาร/ ทีม ENV/ PCT..... / IC/ ทีมประสานงาน/ องค์กรแพทย์/ องค์กรพยาบาล/ MMS/ อื่นๆ.....	สรุปกิจกรรมและผล () ดำเนินการแก้ไขเหมาะสม () ส่งเอกสารประกอบ..... () ติดตามผลการแก้ไขปัญหา ภายในระยะเวลา..... ผู้สรุป..... ตำแหน่ง..... วันที่.....
--	---

แบบบันทึกอุบัติการณ์และแนวทางการแก้ไข

หน่วยงาน.....คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติการณ์	รายละเอียดอุบัติการณ์	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div data-bbox="719 884 826 1568" style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติการณ์</div>		

แบบบันทึกอุบัติเหตุและแนวทางแก้ไข

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ	รายละเอียดอุบัติเหตุ	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติเหตุ</div>		

แบบบันทึกอุบัติการณ์และแนวทางแก้ไข
หน่วยงาน.....ตรวจสอบหัวใจและหลอดเลือด.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติการณ์	รายละเอียดอุบัติการณ์	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div data-bbox="743 891 842 1554" style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติการณ์</div>		

แบบบันทึกอุบัติการณ์และแนวทางแก้ไข
หน่วยงาน.....ทรัพยากรบุคคล.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติการณ์	รายละเอียดอุบัติการณ์	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติการณ์</div>		

แบบบันทึกอุบัติเหตุและแนวทางการแก้ไข
หน่วยงาน.....บัญชี.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ	รายละเอียดอุบัติเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติเหตุ</div>		

แบบบันทึกปฏิบัติการและแนวทางการแก้ไข
หน่วยงาน.....พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดปฏิบัติการ	รายละเอียดปฏิบัติการ	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div data-bbox="845 604 941 1254" style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีปฏิบัติการ</div>		

แบบบันทึกอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข
หน่วยงาน.....พยาบาลผู้ป่วยออโรติคส์.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุปสรรค	รายละเอียดอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		ไม่มีอุปสรรค		

แบบบันทึกอุบัติเหตุและแนวทางการแก้ไข

หน่วยงาน.....ศูนย์รับบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยภาวะสมองตาย.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ	รายละเอียดอุบัติเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบและ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติเหตุ</div>		

แบบบันทึกอุบัติเหตุและแนวทางการแก้ไข
หน่วยงาน.....พิธีศู.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ	รายละเอียดเหตุการณ์	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ไม่มีอุบัติเหตุ</div>		

แบบบันทึกอุบัติเหตุและแนวทางแก้ไข
หน่วยงาน.....ธุรกิจ - สารบรรณ.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ	รายละเอียดอุบัติเหตุ	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติเหตุ</div>		

แผนงานที่กลุ่มผู้ติดตามและแนวทางการแก้ไข
หน่วยงาน.....ผู้ติดตาม.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุการณ	รายละเอียดอุบัติเหตุการณ	แนวทางการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติเหตุการณ</div>		

แบบบันทึกอุบัติเหตุและแนวทางแก้ไข
หน่วยงาน.....อุบัติเหตุและถูกเงิน.....

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ	รายละเอียดอุบัติเหตุ	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแต่ละ Flow/คู่มือ
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ไม่มีอุบัติเหตุ</div>		