



คู่มือการจัดการเรื่องร้องเรียน
และช่องทางการร้องเรียน
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คำนำ

เพื่อให้การจัดการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล และสอดคล้องกับหลักการกำกับดูแลองค์กรที่ดี มีกระบวนการ บริหารจัดการเหตุการณ์หรือความไม่แน่นอน ที่อาจเกิดขึ้น และก่อให้เกิดความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาล ศูนย์พัฒนาคุณภาพจึงได้จัดทำคู่มือการจัดการเรื่องร้องเรียนและช่องทางการร้องเรียนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขึ้น

โดยคู่มือการจัดการเรื่องร้องเรียนฯ ฉบับนี้ประกอบด้วยรายละเอียดการจัดการเรื่องร้องเรียนต่างๆ วิธีการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ซึ่งจะแบ่งเป็นแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน ตั้งแต่ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และการรายงานสรุปผลการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ขั้นตอนวิธีการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนให้แก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงาน รวมถึงสามารถรายงานอุบัติการณ์ในระบบรายงานความเสี่ยงได้

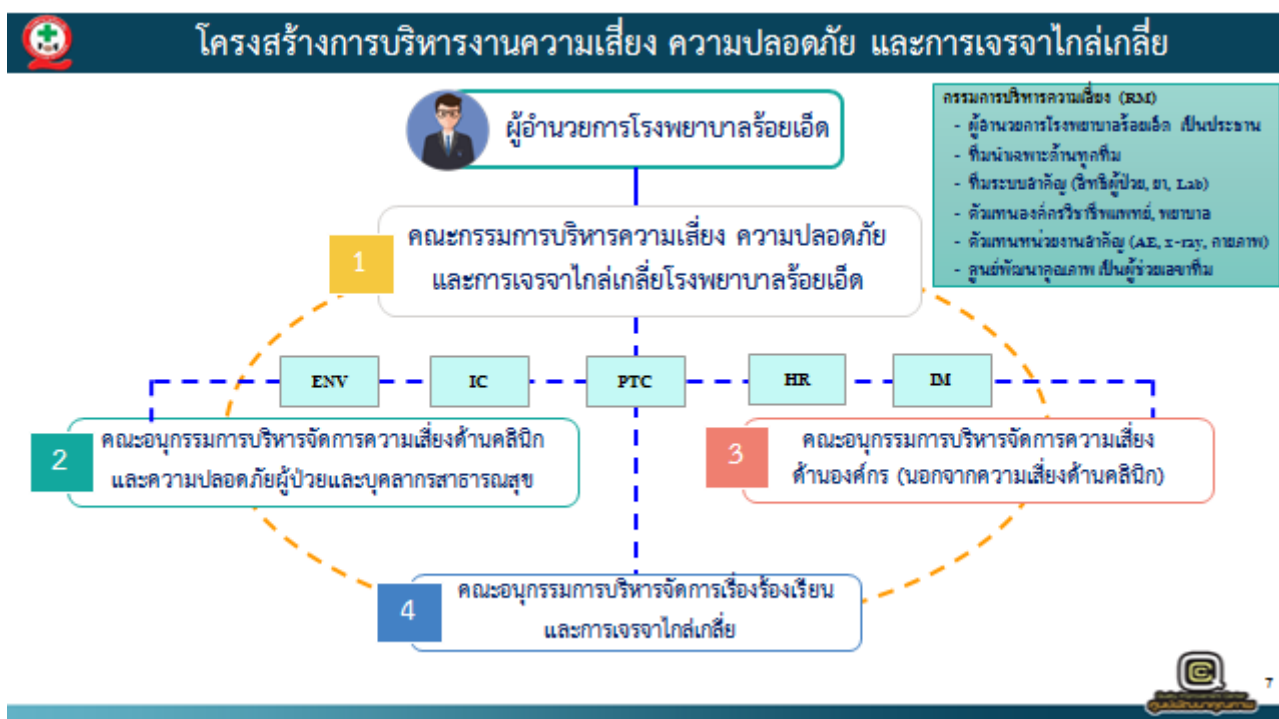
ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
ส่วนที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย	1
1.1 โครงสร้างการบริหารงานความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย	1
1.2 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนและการเจรจาไกล่เกลี่ย	2
1.3 บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนและการเจรจาไกล่เกลี่ย	3
ส่วนที่ 2 แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียนและช่องทางการร้องเรียน	4
2.1 แนวทางการรับเรื่องร้องเรียน	4
2.2 ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน	6
2.3 แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียน	6
2.4 แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเรื่องร้องเรียนลงข่าว หนังสือพิมพ์/ทีวี	8
2.5 ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง	9

ส่วนที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย

1.1 โครงสร้างการบริหารงานความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย



1.2 คณะอนุกรรมการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนและการเจรจาไกล่เกลี่ย ประกอบด้วย

1. รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ ๒		ประธานกรรมการ
2. รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล		รองประธานกรรมการ
3. รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ		รองประธานกรรมการ
4. นายชินวัฒน์ ศรีใส	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	กรรมการ
5. นางพนารัตน์ เถาว์ทิพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
6. นางสาวมัลลิกา โปตาพล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
7. นางสาวรจนา ปัตลา	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
8. นางสุนิศา ยิ่งรักศรีศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
9. นางพรณี แสงอินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
10. นางอัญชลี แก้วศรีใส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
11. นางสาวอัจฉรา ศรีรักษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
12. นางสาวจภาพร ไชยรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
13. นางนงลักษณ์ อัฐรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
14. นางสาวสุพรรณิชา ชามุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
15. นางนัตตา พูนสวัสดิ์พงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
16. นางสาวสุภาดาง พัฒนสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
17. นางอรทัย สิริวัฒนพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
18. นายวินิช โสภภาพ	นิติกรชำนาญการ	กรรมการ
19. นางดวงจัน ข้าขันมะลี	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	กรรมการ
20. นางสาวดารัตน์ บุญแจ่ม	พนักงานธุรการ ส ๔	กรรมการ
21. นางสาวทัศนวรรณ แวงสีทา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
22. นางสาวสุกัญญา ขาวศรี	นักประชาสัมพันธ์	กรรมการ
23. นางเพียงใจ เวชวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ
24. นางยุพา อธิสมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
25. นางอุไรพรณ์ ทิตจันทิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
26. นางพัชรินทร์ ชินการสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

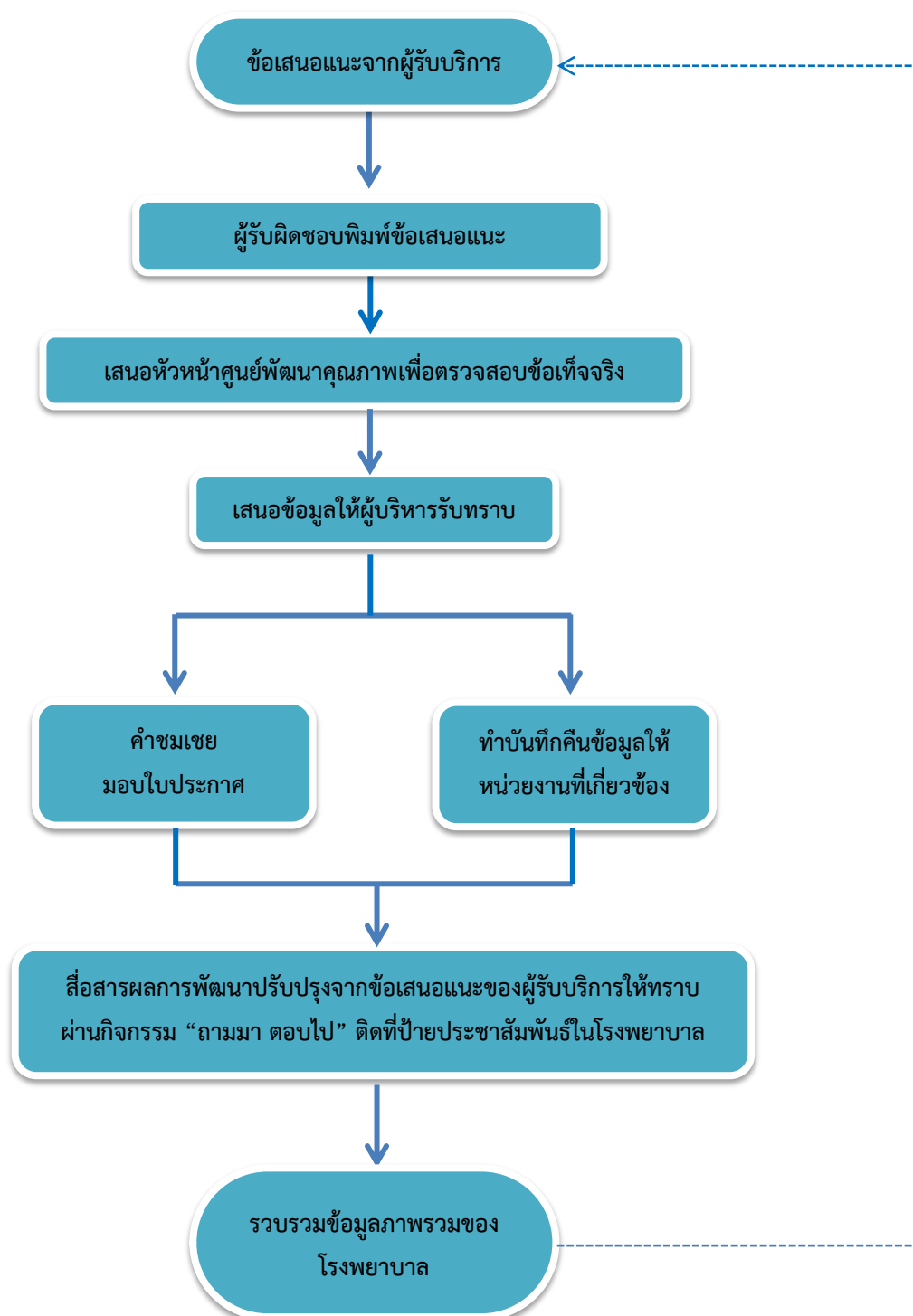
1.3 บทบาทหน้าที่คณะอนุกรรมการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนและการเจรจาไกล่เกลี่ย

1. วางระบบและกำหนดการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ของโรงพยาบาล
2. รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ จากผู้รับบริการทุกช่องทาง และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก รวมถึงเครือข่ายของโรงพยาบาล
3. ตรวจสอบข้อมูล / ข้อเท็จจริง เพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ความขัดแย้ง และประเมินสถานการณ์ เพื่อร่วมกันหาแนวทางจัดการข้อร้องเรียน หรือเข้าสู่กระบวนการไกล่เกลี่ย
4. ให้คำปรึกษาและสนับสนุนหน่วยงานหรือบุคลากรที่ถูกร้องเรียนในการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน
5. ดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ยด้านสาธารณสุขด้วยสันติวิธี ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม ตามขั้นตอนและกระบวนการจนสามารถยุติได้ และจัดทำรายงานการดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล
6. ส่งรายงานข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการทุกช่องทาง ต่อศูนย์พัฒนาคุณภาพ เพื่อรวบรวมนำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประจำทุกเดือน
7. ดำเนินการประสานเรื่องยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานข้อเท็จจริงเรื่องการรักษาพยาบาลต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคม ตามสิทธิของผู้รับบริการ
8. ฝึกอบรม ประสาน และสร้างความเข้าใจกับบุคลากรในโรงพยาบาล เกี่ยวกับเรื่องการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมสันติวิธีในองค์กร
9. จัดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และรายงานผลการประชุมต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียนและช่องทางการร้องเรียน

2.1 แนวทางการรับเรื่องร้องเรียน

2.1.1 ข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนจากคู่แสดงความคิดเห็น



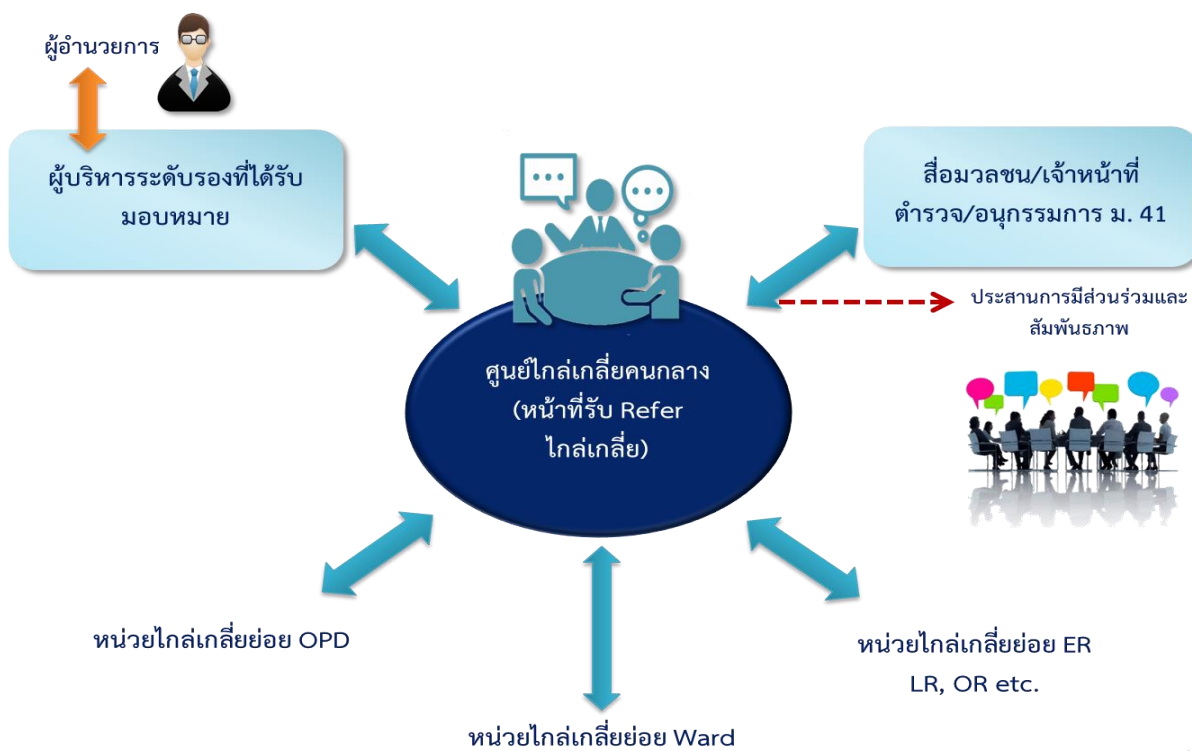
2.1.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สํารวจจุดที่จําเป็นต้องมีตู้แสดงความคิดเห็น ให้กระจายครอบคลุมทุกจุดในโรงพยาบาล
2. พิมพ์แบบรับความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน/คำชมเชย ระบบบริการ จำนวน 10 แผ่น ต่อ 1 ตู้ รวม 640 แผ่น/ต่อสัปดาห์
3. นำแบบรับความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน/คำชมเชย ระบบบริการ ไปใส่ในช่องข้างตู้แสดงความคิดเห็นเพื่อเตรียมความพร้อมสําหรับให้ผู้รับบริการเขียนเสนอแนะ จำนวน 640 แผ่น
4. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการเปิดตู้แสดงความคิดเห็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธ โดยไม่เปิดเผยเอกสารขณะที่กำลังปฏิบัติหน้าที่เนื่องจากเป็นเอกสารลับ
5. นำข้อเสนอแนะที่ผู้รับบริการเขียนมาพิมพ์เป็นเอกสารลับเสนอหัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพเพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงของข้อเสนอแนะก่อนเสนอผู้บริการต่อไป
6. หากเป็นข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น จะดำเนินการพิมพ์บันทึกข้อความเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานนั้นๆเพื่อรับทราบข้อเสนอแนะ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อ
7. หากเป็นคำชมเชย ให้มีการมอบเกียรติบัตรคำชมเชยประจำเดือนให้แก่ผู้ที่ได้รับคำชมเชยจากผู้รับบริการในการประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน
8. นำข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนามาดำเนินการแก้ไขปัญหา และจัดบอร์ดผลการพัฒนาที่ดำเนินการแล้วเสร็จ เป็นกิจกรรม “ถามมา ตอบไป” เช่น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงห้องน้ำที่ชำรุด หรือไม่มีน้ำดื่มบริการขณะรอตรวจ

2.2 ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน



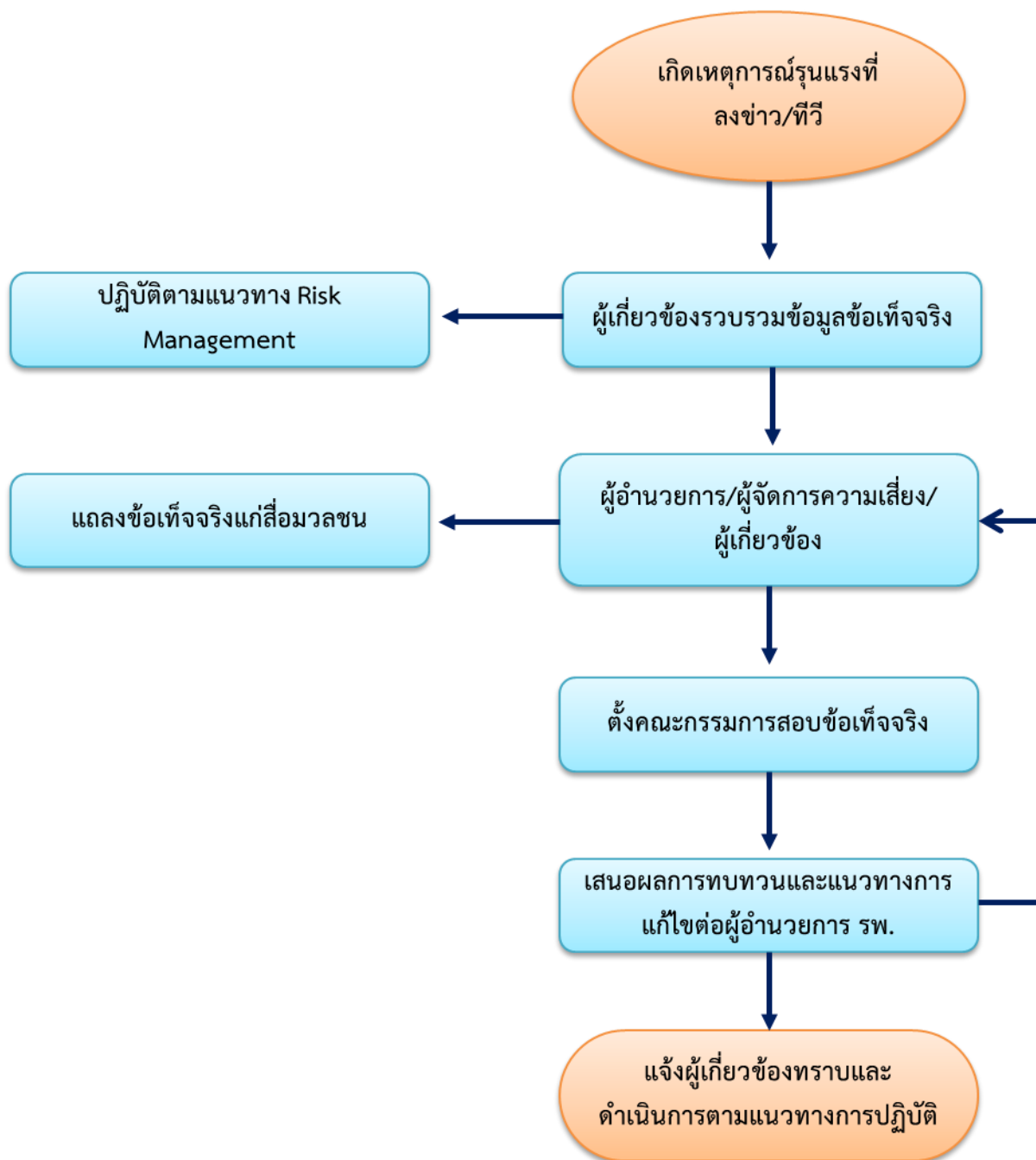
2.3 แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียน



แผนภูมิการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



2.4 แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเรื่องร้องเรียนลงข่าว หนังสือพิมพ์/ทีวี

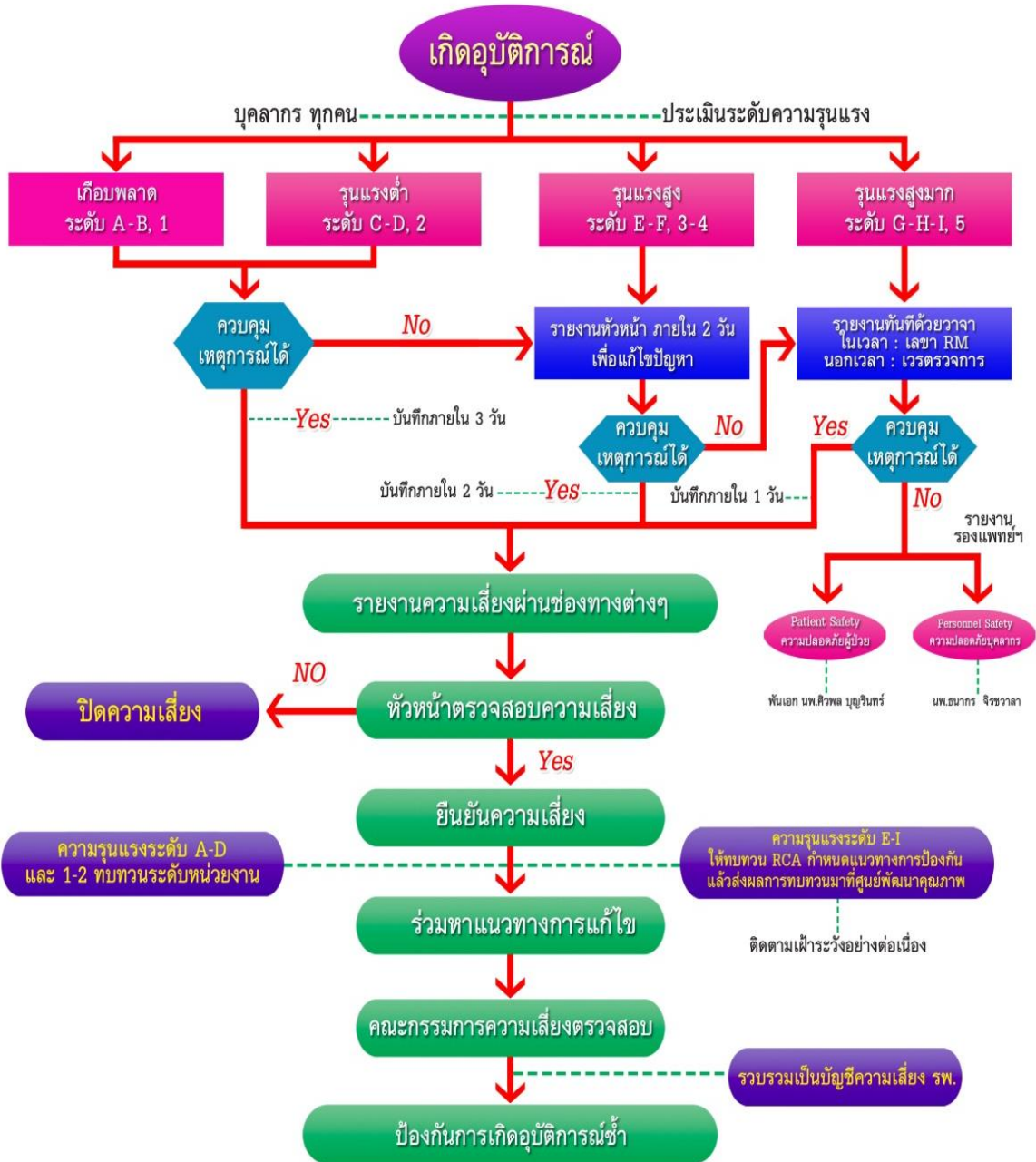


การเตรียมข้อมูลข้อเท็จจริงเบื้องต้น

- 1) แจ้งหัวหน้าตึก/เวรตรวจการเตรียมเอกสารเวชระเบียน
- 2) นัดสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- 3) ทำบันทึกสรุปข้อเท็จจริงเพื่อรายงานผู้บริหาร และเตรียมข้อมูลสำหรับสื่อมวลชน โดยข้อมูลที่นำเสนอจะต้องเป็นความจริงไม่บิดเบือน

2.5 ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง

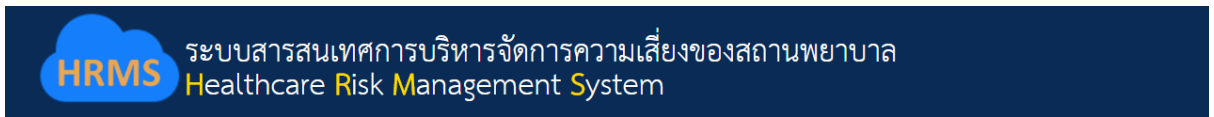
ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง



2.5.1 การใช้งานระบบรายงานความเสี่ยง HSMS on Cloud

2.5.1.1 ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud

1. เข้าสู่ Website รายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด reh.thai-nrIs.org ผ่านคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือที่มีสัญญาณ Internet ผ่าน Google Chrome เท่านั้น**
2. กรอกข้อมูลเพื่อ Login Username และ Password ของผู้รายงานให้ถูกต้อง



โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Healthcare Risk Management System

User ID: Username
Password: Password

กรอกข้อมูลแล้วกด login

Log in

3. เมื่อ login แล้วสำหรับผู้เข้าใช้งานระบบเป็นครั้งแรกให้เปลี่ยนรหัสผ่านใหม่ก่อนโดยเจ้าของรหัสผ่านสามารถกำหนดได้เองตามต้องการ โดยการตั้งรหัสผ่าน**จำเป็นต้องมีตัวอักษรภาษาอังกฤษและตัวเลขรวมกัน 6-10 ตัวอักษร**

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Healthcare Risk Management System

ในการใช้งานระบบ HRMS ครั้งแรก ผู้ใช้จะต้องทำการเปลี่ยนรหัสผ่านใหม่ก่อน

Security Level: []

User ID: Sripol101

Old Password: Password รหัสผ่านเดิม a12345

New Password: Password รหัสผ่านใหม่ของท่าน

Confirm Password: Password ยืนยันรหัสผ่านใหม่ของท่าน

เฉพาะอักษรภาษาอังกฤษและตัวเลขเท่านั้น [a-z][A-Z][0-9] 6-10 ตัวอักษร

บันทึก

กรุณายืนยัน?
คุณต้องการบันทึกข้อมูล ใช่หรือไม่!

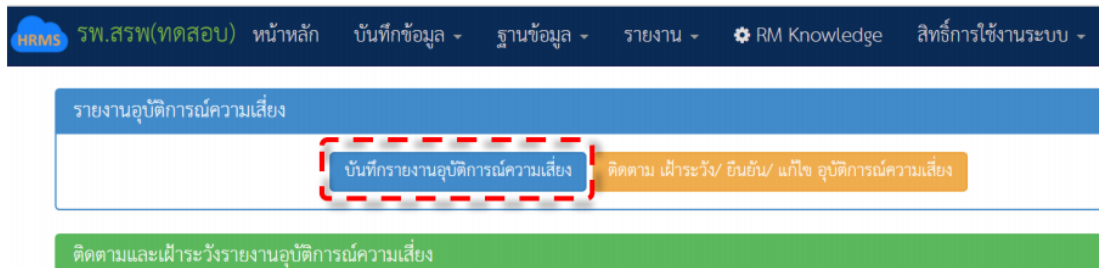
ไป, ยืนยัน! ยกเลิก

บันทึกข้อมูลสำเร็จ
บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

OK

4. เมื่อท่านเปลี่ยนรหัสผ่านใหม่แล้วระบบจะกลับมาหน้า login อีกครั้งเพื่อให้เข้าสู่ระบบด้วยรหัสผ่านใหม่ของท่าน

5. เมื่อเข้าสู่ระบบแล้วจะปรากฏหน้าจอแรกของการใช้งานระบบ HRMS on Cloud หากท่านประสงค์จะรายงานอุบัติการณ์ที่ท่านพบ ให้คลิกที่ ปุ่ม **บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง**



6. ให้ท่านกรอกรายละเอียดการเกิดอุบัติการณ์ให้ครบตามที่กำหนด ก่อนบันทึกข้อมูลโปรดตรวจสอบข้อมูลของท่านว่าถูกต้อง ครบถ้วน หรือไม่

The screenshot shows the 'บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง' form. The form includes several input fields and buttons:

- หน่วยงานที่รายงาน*: [Dropdown]
- ประเภทงานที่*: [Dropdown]
- ชนิดงานที่*: [Dropdown]
- เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด*: [Dropdown] with a 'ดูรายละเอียด' button.
- อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย: [Dropdown]
- สรุปประเด็นปัญหา*: [Text area] with a note: 'บันทึกตามรูปแบบเงื่อนไขที่ระบุว่า เกิดอะไร อย่างไร (Free text) ไม่เกิน 3 บรรทัด'.
- ระดับความรุนแรง*: [Dropdown] with a 'ดูรายละเอียด' button.
- ผู้ที่ได้รับผลกระทบ*: [Dropdown]
- เพศ*: [Dropdown]
- อายุ*: [Text field] with a note: 'ปี (คงเหลือน้อยกว่า 6 เดือนให้เป็นเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)'
- วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง*: [Date field]
- วันที่ค้นพบ*: [Date field]
- ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง* เวลา: [Time field]
- หรือ เวลา: [Time field]
- แหล่งที่มา/ วิธีการค้นพบ*: [Dropdown]
- รายละเอียดการเกิดเหตุ*: [Rich text editor with toolbar]
- การจัดการเบื้องต้น*: [Rich text editor with toolbar]
- เอกสารประกอบ: [File upload field] with a note: 'สามารถแนบไฟล์รูปภาพ หรือไฟล์งาน'.
- เอกสารประกอบ: [File upload field] with a note: 'ไม่ได้เลือกไฟล์'.
- Footnote: '* หมายถึง ข้อมูลที่ใช้ในการขอ' and '** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องส่งยังผู้ดูแลระบบ NPLS [การแนบเอกสารประกอบสามารถแนบได้มากกว่า 1 ไฟล์ในแต่ละครั้ง แต่ขนาดของไฟล์รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 10 MB. ไม่แนบชื่อแนบตอนตั้งชื่อการรายงาน ยืนยัน แก้ไขฉบับที่หัวหน้า จนถึงการแก้ไขในระดัประมวลการ]
- Buttons: 'บันทึก' and 'ยกเลิก' are highlighted with a red dashed box. A note next to them says: 'หากตรวจสอบข้อมูลครบถ้วนแล้วกรุณาค้นบันทึก'.

7. หลังจากบันทึกรายงานอุบัติการณ์เสร็จสิ้นแล้วให้ท่านรายงานหัวหน้างานเพื่อให้หัวหน้างานตรวจสอบว่าเป็นความเสี่ยงหรือไม่ เป็นอันสิ้นสุดขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์

2.5.1.2 การยืนยันความเสี่ยง โดยหัวหน้างาน

1. ให้ท่าน Login เข้าสู่ระบบ แล้วคลิกที่ ติดตาม เฝ้าระวัง ยืนยัน แก้ไข อุบัติการณ์ความเสี่ยง หรือ อุบัติเหตุความเสี่ยงรายนัย

The screenshot shows the system's main menu and dashboard. The main menu includes 'รายงานอุบัติเหตุความเสี่ยง' (Risk Incident Report) and 'ติดตาม เฝ้าระวัง/ ยืนยัน/ แก้ไข อุบัติการณ์ความเสี่ยง' (Follow up/ Monitor/ Confirm/ Edit Risk Incidents). The dashboard displays 'อุบัติเหตุความเสี่ยง รายนัย' (Risk Incidents) with counts for new incidents, confirmed incidents, and incidents by severity level (E,F, G,H,I, 3,4,5). It also shows 'Webboard' for reporting and 'สถิติการเกิดอุบัติเหตุความเสี่ยง' (Risk Incident Statistics) with categories like Patient Safety Goals, Specific Clinical Risk Incident, Personnel Safety Goals, and Organization Safety Goals.

2. ให้คลิกเมนู ยืนยัน เพื่อทำการยืนยันความเสี่ยง

The screenshot shows a table of risk incidents. The table has columns for 'รหัส' (Code), 'เรื่อง' (Subject), 'กลุ่ม/ หน่วยงาน หลัก' (Main Group/ Department), 'กลุ่ม/ หน่วยงาน ร่วม' (Supporting Group/ Department), 'ความรุนแรง' (Severity), and 'สถานะ' (Status). Two incidents are listed, both with severity 'A' and status 'รอยืนยัน' (Pending Confirmation). A red dashed box highlights the 'ยืนยัน' (Confirm) button for the first incident.

รหัส	เรื่อง	กลุ่ม/ หน่วยงาน หลัก	กลุ่ม/ หน่วยงาน ร่วม	ความรุนแรง	สถานะ
1804000009	CPO101: เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ	งานรักษาความปลอดภัย		A	รอยืนยัน วันที่เกิดเหตุ : 07/03/2018 วันที่ค้นพบ : 07/03/2018 วันที่บันทึกรายงาน : 09/04/2018 วันที่ยืนยัน : - วันที่แจ้งเหตุ : - วันที่ของสถานะ : - วันที่เริ่มดำเนินการแก้ไข : - <input type="button" value="ดูรายละเอียด"/> <input checked="" type="button" value="ยืนยัน"/>
1804000008	CPO101: เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ	งานรักษาความปลอดภัย		A	รอยืนยัน วันที่เกิดเหตุ : 07/03/2018 วันที่ค้นพบ : 07/03/2018 วันที่บันทึกรายงาน : 09/04/2018 วันที่ยืนยัน : - วันที่แจ้งเหตุ : - วันที่ของสถานะ : - วันที่เริ่มดำเนินการแก้ไข : - <input type="button" value="ดูรายละเอียด"/> <input checked="" type="button" value="ยืนยัน"/>

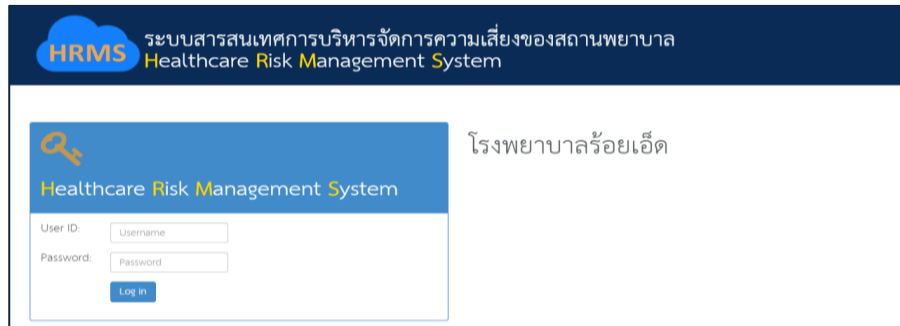
3. ให้หัวหน้าตรวจสอบว่าอุบัติการณ์ที่รายงานมานั้นใช่ความเสี่ยงหรือไม่ หากกรอกข้อมูลครบทุกข้อ ให้กด บันทึก

4. หากความเสี่ยงนั้นสามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานของท่าน ให้ท่านระบุแนวทางการแก้ไขเลย แต่หากมีหน่วยงานอื่นร่วมแก้ไข ให้ท่านระบุหน่วยงานร่วมแก้ไข และโทรประสานไปยังหน่วยงานเพื่อให้เข้าระบบเพื่อระบุแนวทางการแก้ไข

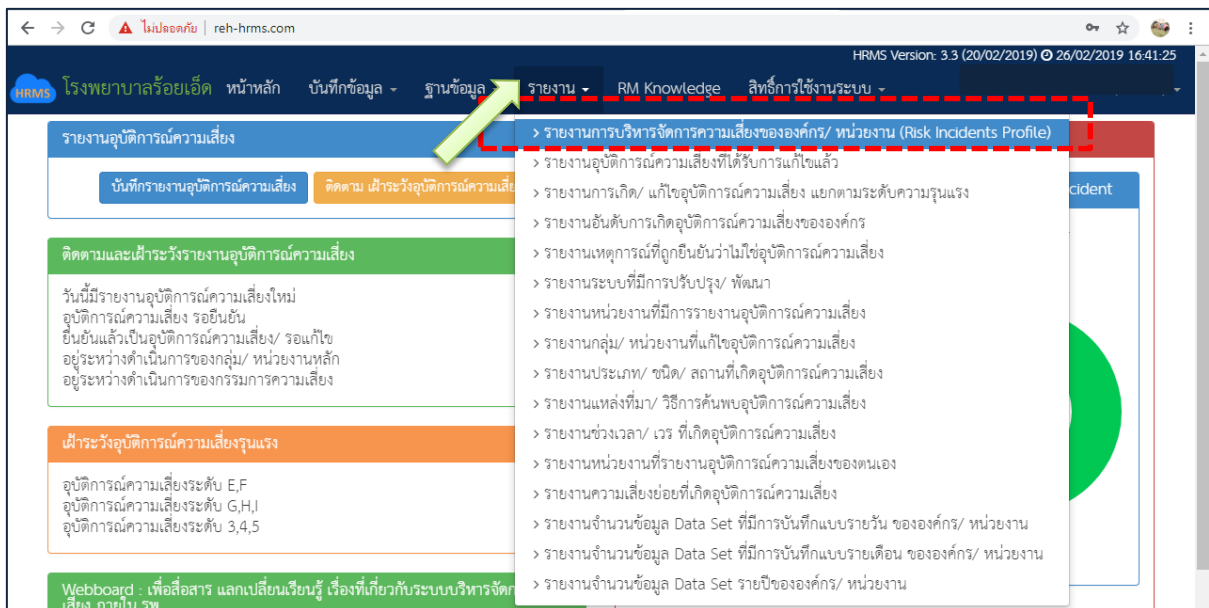
5. เมื่อระบุแนวทางการแก้ไขเรียบร้อยแล้วอุบัติการณ์นั้นจะเข้าสู่สถานะ อยู่ระหว่างดำเนินการของคณะกรรมการความเสี่ยง หากสถานะยังเป็น ยืนยันแล้วรอแก้ไข ให้หัวหน้างานเข้าระบบเพื่อ แก้ไขความเสี่ยงนั้นต่อไป
6. เมื่อผ่านขั้นตอนการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงแล้วอุบัติการณ์นั้นจะถูกส่งเข้าสู่ส่วนกลางทันที

2.5.1.3 ขั้นตอนการรายงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กร/หน่วยงาน Risk Incidents Profile กำหนดสิทธิ์เฉพาะหัวหน้าหน่วยงาน

1. เข้าระบบรายงานความเสี่ยงผ่าน Google Chrome แล้วพิมพ์ reh.thai-nrls.org และ Login เข้าสู่ระบบ



2. ไปที่เมนู รายงาน และเลือกเมนูย่อยที่ 1 คือ รายงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กร/หน่วยงาน Risk Incidents Profile



3. ให้ท่านเลือกว่าต้องการดูรายงานเป็นประเภทใด รายเดือน รายปี รายไตรมาส หรือรายปิงบประมาณ โดยไม่ต้องเลือกประเภทหน่วยงานและกลุ่มหน่วยงาน แล้วกดคำว่า ค้นหา

4. เมื่อกดค้นหาแล้วจะปรากฏอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่หน่วยงานของท่านรายงานในระบบ ดังภาพ จะเลือกรายเดือนมกราคม 2562 ข้อมูลที่ปรากฏจะมีเฉพาะความเสี่ยงที่รายงานตั้งแต่วันที่ 1-31 มกราคม 2562 เท่านั้น ซึ่งท่านสามารถสั่งป린หน้านั้นได้เลย

รหัส	เรื่อง	หัวข้อ	สถานะ	รายละเอียด
1901000023	CPM204: Medication error : Dispensing	งานเภสัชกรรม	B	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ รอแก้ไข วันที่เกิดเหตุ : 06/01/2019 วันที่ค้นพบ : 06/01/2019 วันที่บันทึกรายงาน : 16/01/2019 วันที่ยืนยัน : 16/01/2019 วันที่แจ้งเหตุ : 16/01/2019 วันที่ของสถานะ : 16/01/2019 วันที่เริ่มดำเนินการแก้ไข : - วันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหา : - ดูรายละเอียด
1901000026	CPP204: การสื่อสาร หรือส่งต่อข้อมูลการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย ผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/ สื่อสารผิด/ สื่อสารไม่ครบถ้วน/ สื่อสารล่าช้า	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3	B	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ รอแก้ไข วันที่เกิดเหตุ : 15/01/2019 วันที่ค้นพบ : 15/01/2019 วันที่บันทึกรายงาน : 16/01/2019 วันที่ยืนยัน : 16/01/2019 วันที่แจ้งเหตุ : 15/01/2019 วันที่ของสถานะ : 16/01/2019

5. หากต้องการรายละเอียดของแต่ละอุบัติการณ์ให้ท่านคลิกที่ **ดูรายละเอียด**

รหัส	เรื่อง	หัวข้อเรื่องย่อย	กลุ่ม/ หน่วยงาน หลัก	กลุ่ม/ หน่วยงาน ร่วม	ความรุนแรง	สถานะ
1901000023	CPM204:Medication error : Dispensing				B	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ รว แก่ใจ วันที่เกิดเหตุ : 06/01/2019 วันที่ค้นพบ : 06/01/2019 วันที่บันทึกรายงาน : 16/01/2019 วันที่ยืนยัน : 16/01/2019 วันที่แจ้งเหตุ : 16/01/2019 วันที่ของสถานะ : 16/01/2019 วันที่เริ่มดำเนินการแก้ไข : - วันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหา : - ดูรายละเอียด

รอสักพักจะปรากฏหน้าต่างรายละเอียดอุบัติการณ์ แล้วกด Export to PDF

วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	06/01/2019	วันที่ค้นพบ :	06/01/2019
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	วันหยุดราชการ-เวิร์ชเช้า เวร :	หรือ เวลา :	14:00
แหล่งที่มา/ วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน		
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	ผู้ป่วย HN 260933 มาด้วยวิงเวียนศีรษะ แพทย์สั่งการรักษาด้วยยา Dimen 1 amp im ใช้ไป visit เบิกยาที่ห้องยาเภสัช จ่ายยา Diclofenac ขณะบริหารยาพยาบาลตรวจพบว่ายาไม่ตรงกับคำสั่งยาของแพทย์		
การจัดการเบื้องต้น* :	ประสานไปยังห้องจ่ายยาชั้น 1 เพื่อการจ่ายที่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์		
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน		
กลุ่ม/ หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* :	งานเภสัชกรรม <input type="checkbox"/> ต้องการระบุหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา		
ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหา* :	ควรตรวจเช็คให้ละเอียดมากขึ้นก่อนจ่ายยาทุกครั้ง		
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	16/01/2019	วันที่แจ้งเหตุให้ผู้ใช้ทราบ* :	16/01/2019

* หมายถึง ข้อมูลที่บังคับกรอก
 ** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบ NRLS

Export PDF ปิด

6. จะปรากฏหน้าต่างรายละเอียดอุบัติการณ์ ท่านสามารถ ปรี้นและบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ได้

HRMS 1 / 1

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 1901000023
 [ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ รวแก่ใจ]

หน่วยงานรายงาน :	งานเภสัชฯ ฉุกเฉิน
ประเภทสถานะ :	ไม่เสร็จสิ้นการแก้ไข
ชื่อสถานะเกิดเหตุ :	อุบัติเหตุฉุกเฉิน
สถานที่เกิดเหตุ :	งานเภสัชฯ ฉุกเฉิน
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในรหัส :	CPM204 : CPM204-Medication error : Dispensing
สรุปประเด็นปัญหา :	ผิดยาจ่ายชนิด
ระดับความรุนแรง :	B
ผู้ได้รับผลกระทบ :	หน่วยงาน สตรี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง :	06/01/2019 วันที่ค้นพบ : 06/01/2019
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง :	เวร : วันหยุดราชการ-เวิร์ชเช้า หรือ เวลา : 14:00
แหล่งที่มา/ วิธีการค้นพบ :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ :	ผู้ป่วย HN 260933 มาด้วยวิงเวียนศีรษะ แพทย์สั่งการรักษาด้วยยา Dimen 1 amp im ใช้ไป visit เบิกยาที่ห้องยาเภสัช จ่ายยา Diclofenac ขณะบริหารยาพยาบาลตรวจพบว่ายาไม่ตรงกับคำสั่งยาของแพทย์
การจัดการเบื้องต้น :	ประสานไปยังห้องจ่ายยาชั้น 1 เพื่อการจ่ายที่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ :	หน่วยงาน
กลุ่ม/ หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา :	งานเภสัชกรรม <input type="checkbox"/> ต้องการระบุหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา
ข้อเสนอแนะ/ การดำเนินการแก้ไขปัญหา :	ควรตรวจเช็คให้ละเอียดมากขึ้นก่อนจ่ายยาทุกครั้ง
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	16/01/2019 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้ใช้ทราบ : 16/01/2019
วันที่ Export :	28/02/2019

© 2019 - All Rights Reserved The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) Power by [RelationSoft Co.,Ltd]