

โรงพยาบาลศิริราช
แบบรายงานอุบัติการณ์ (Occurrence Report Form)

ชื่อผู้บันทึก..... หน่วยงาน..... วันที่บันทึก..... เวลาที่บันทึก.....	เหตุการณ์นี้ <input type="checkbox"/> รุนแรง <input type="checkbox"/> ไม่รุนแรง ต่อ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ญาติ (HN.....) <input type="checkbox"/> ผู้รายงาน <input type="checkbox"/> หน่วยงานของผู้รายงาน <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่น/โรงพยาบาล/คณะฯ <input type="checkbox"/> ด้านอื่นๆ	วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....
--	---	---

ประเภทเหตุการณ์/ปัญหา/ความผิดพลาด ทำเครื่องหมาย หรือ ลงในช่อง หน้าข้อที่ต้องการเลือก

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1. ความปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สิ้น/ตก/หกล้ม <input type="checkbox"/> พยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> ลักพาทารก/ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อันตรายจากของมีคม/ติดเชื้อ/สารเคมี/เครื่องจักร <input type="checkbox"/> ประทุษร้าย/ทะเลาะวิวาท <input type="checkbox"/> ลักทรัพย์ <input type="checkbox"/> บุคคลแปลกปลอม <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>2. การติดต่อ สื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีปัญหาในการตามแพทย์ <input type="checkbox"/> วิทยุสื่อสารมีปัญหา <input type="checkbox"/> โทรศัพท์มีปัญหา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>3. อาคาร/สถานที่/สิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อัคคีภัย/เหตุระเบิด <input type="checkbox"/> การรั่วไหลของสารเคมี/สารชีวภาพ/สารกัมมันตรังสี/ก๊าซ <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อมรบกวน/เป็นอันตราย <input type="checkbox"/> พหุของโรค เช่น แมลงหวี่ หนู แมลงสาบ <input type="checkbox"/> ลิฟต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>4. เครื่องมือ/อุปกรณ์/คอมพิวเตอร์/เวชภัณฑ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่มีใช้/ไม่พอใช้ <input type="checkbox"/> ทำงานผิดปกติ <input type="checkbox"/> สูญหาย <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>5. การบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> เวชระเบียน <input type="checkbox"/> การนัดหมาย <input type="checkbox"/> การตรวจสอบสิทธิ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การ admit/รับย้าย <input type="checkbox"/> การเงิน <input type="checkbox"/> บริการอาหาร <input type="checkbox"/> บริการผ้า <input type="checkbox"/> บริการเวชภัณฑ์/ปลอดเชื้อ <input type="checkbox"/> กิริยา/วาทะ/ท่าทีผู้ให้บริการ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่พอใจบริการ/การรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>6. ห้องปฏิบัติการ (Lab)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Specimen/สิ่งส่งตรวจ <input type="checkbox"/> การรายงานผล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>7. การบริการทางรังสี (X-ray)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่ request <input type="checkbox"/> การตามเจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> การค้น Film <input type="checkbox"/> การรายงานผล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>8. สิทธิผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การให้ข้อมูล/คำแนะนำ <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอมทำการรักษา/หัตถการ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>9. การจำหน่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยหนี/ไม่สมัครใจอยู่ <input type="checkbox"/> มีปัญหาในการจำหน่าย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>10. การติดเชื้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> รับผู้ป่วยโรคระบาด/ติดต่อที่ต้องแจ้งกระทรวงสาธารณสุข <input type="checkbox"/> มีการติดเชื้อ/โรคแพร่ระบาดในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | <p>11. การดูแลรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การระบุตัวผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การคัดกรอง <input type="checkbox"/> การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวัง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยอยู่ห้องพักรักษาเกินกำหนด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>12. การคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> นำส่งบุตรให้บิดา/มารดาไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> การระบุตัว/เพศทารกแรกเกิดไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>13. การผ่าตัด/วิสัญญี/หัตถการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผิดคน/ผิดตำแหน่ง/ผิดข้าง <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/ผ้าซับโลหิตค้างในร่างกาย <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> การเลื่อน/งดผ่าตัด/หัตถการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>14. ยา/สารน้ำ/เลือดและส่วนประกอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การสั่ง <input type="checkbox"/> การรับคำสั่ง/คัดลอกคำสั่ง <input type="checkbox"/> การเบิก <input type="checkbox"/> การจ่าย <input type="checkbox"/> การตรวจรับ <input type="checkbox"/> การเตรียม/การจอง <input type="checkbox"/> การให้ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยรับประทานยานอกคำสั่ง <input type="checkbox"/> ผิดระเบียบการสั่งยา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>15. อื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุหมู่ <input type="checkbox"/> การเสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
|---|--|--|

