

HRMS, Unsafe act,

Learning from Incidents, RCA²

การบันทึกรายงานความเสี่ยง, การยืนยันความเสี่ยง

unsafe act อยู่ตรงไหน

AAR, Mindfulness, Empathy Map

Recommended Action

Business Model Canvas

risk management

risk management team

17/09/68

1.0

Key Partners  PCTs Quality management team หน่วยงานต่างๆ ในรพ.	Key Activities  รายงานความเสี่ยงครบถ้วน ฉบับไว RCA ทันเวลา ได้สาเหตุที่แท้จริง มาตรการป้องกัน strong ตรงจุด Key Resources  เครื่องมือทันสมัย ใช้งานได้จริง บุคลากรมีทักษะที่เหมาะสมกับงาน IT ที่ใช้งานง่าย ไว แม่นยำ	Value Propositions  ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรและเจ้าหน้าที่ปลอดภัย ประชาชนปลอดภัย	Customer Relationships  สื่อสารด้วยใจ ถูกที่ถูกเวลา ผู้ป่วยและญาติไว้น้ำใจ ทีมมืออาชีพ รอบคอบ ทุ่มเท ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ Channels  OPD IPD LINE รพร.ตะพานหิน Facebook รพร.ตะพานหิน	Customer Segments  ผู้ป่วย บุคลากรและเจ้าหน้าที่ ประชาชน
Cost Structure  ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายในการเยียวยาความเสียหายจากอุบัติเหตุ การลงทุนในเทคโนโลยีใหม่เพื่อความปลอดภัยในการให้บริการ เช่น Barcode Scanner การฝึกอบรมบุคลากร		Revenue Streams  ยอดการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากความไว้วางใจในคุณภาพและ ความปลอดภัยของบริการ LOS ที่เหมาะสมกับโรค โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้		

หน่วยงานที่รายงาน* : งานตึกผู้ป่วย2

ประเภทสถานที่** : ในพื้นที่ของโรงพยาบาล

ชนิดสถานที่** : IPD

สถานที่เกิดเหตุ* : - เลือก - **เลือกสถานที่เกิดเหตุด้วย ไม่เช่นนั้นจะยืนยันไม่ได้ และเป็นภาระของผู้ยืนยัน**

รายละเอียดการเกิดเหตุ* : กรณีเป็นความเสี่ยงด้านยา ให้ระบุชื่อยาที่เกิดปัญหาด้วย

HN 86038
at OPD 10.28 น .Dx infect DM foot
at ward 10.52 น Dx ADHF เหนื่อย notify off V on HL >>> lasix

เอกสารประกอบ : Choose files No file chosen

COPY AND PASTE ได้

แต่ไม่เอา HN

สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์** :
(Agents involved: รายละเอียดเหตุการณ์ส่งเซป)

บันทึกตามรูปแบบเพื่อขอให้ทราบว่า เกิดอะไร เพราะเหตุใด อย่างไร (Free text) ไม่เกิน 3 บรรทัด ห้ามใส่ข้อมูล HN, AN หรือข้อมูลใด ๆ ที่บอกให้รู้ถึงตัวบุคคล หรือชื่อ รพ.

เพื่อขอให้ทราบว่า เกิดปัญหาอะไร เกิดอย่างไร มีความยาวติดต่อกันไม่เกิน 3 บรรทัด (ห้ามใส่ข้อมูล HN, AN หรือข้อมูลใด ๆ ที่บอกให้รู้ถึงตัวบุคคล หรือชื่อ รพ.)

Keyword/สาเหตุหลัก** : สภาพแวดล้อม/สาเหตุหลัก/ชื่อยา (เติมคำสั้น ๆ ที่เกี่ยวกับปัญหา เช่น ชื่อยา กรณีรายงานอุบัติการณ์ด้านยา หรือ bundle of care กรณีเกิดปัญหาด้าน Care process หรือ ขณะเข้าห้องน้ำ กรณีเกิดการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

เติมคำสั้น ๆ ที่เกี่ยวกับปัญหา เช่น ชื่อยา กรณีรายงานอุบัติการณ์ด้านยา หรือ bundle of care กรณีเกิด ปัญหาด้าน Care process หรือ ขณะเข้าห้องน้ำ กรณีเกิดการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** : **CPP301 misdiagnosis or**

อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย : **delayed diagnosis**

ระดับความรุนแรง** : E

ดูรายละเอียด

การยืนยันความเสี่ยง

สิ้นเกินไป ต้องแปลความ ไม่รู้ใครวินิจฉัย ไม่รู้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือไม่

อาจเกิดผลตามมาอย่างไร เช่น missed diagnosis and delayed treatment

missed diagnosis and delayed treatment

ะเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการห...

ดูรายละเอียด

อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย : - เลือก -

ระดับความรุนแรง** : E

ดูรายละเอียด

การยืนยันความเสี่ยง

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** : รายบุคคล

เพศ** : ชาย

อายุ** : อายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

63

ปี (เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** : 11/05/2025

วันที่ค้นพบ* : 11/05/2025

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** เวย์ : วันราชการ-เวย์

หรือ เวลา : 10 : 00 เช่น 21:59

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* : ขณะปฏิบัติงาน

การจัดการเบื้องต้น* : แจ้ง แพทย์ รับทราบ

สิ้นเกินไป ควรมีรายละเอียดเพิ่มเติม เช่น off IV fluid, on HL, Furosemide ... mg IV stat, O2 ?,....

เอกสารประกอบ : Choose files No file chosen

การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง* : -เลือก-

วันที่ Login บันทึกการยืนยัน : 09/10/2025

บันทึก

ยกเลิก

หน่วยงานที่รายงาน* :

ประเภทสถานที่** :

ชนิดสถานที่** :

สถานที่เกิดเหตุ* :

รายละเอียดการเกิดเหตุ* : กรณีเป็นความเสี่ยงด้านยา ให้ระบุชื่อยาที่เกิดปัญหาด้วย

COPY AND
PASTE ได้

แต่ไม่เอา HN

สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์** : บันทึกตามรูปแบบเพื่อบอกให้ทราบว่า เกิดอะไร เพราะเหตุใด อย่างไร (Free text) ไม่เกิน 3 บรรทัด ห้ามใส่ข้อมูล HN, AN หรือข้อมูลใด ๆ ที่บอกให้รู้ถึงตัวบุคคล หรือชื่อ รพ.

(Agents involved: รายละเอียดเหตุการณ์ส่งมอบ)

เพื่อบอกให้ทราบว่า เกิดปัญหาอะไร เกิดอย่างไร มีความยาวติดต่อกันไม่เกิน 3 บรรทัด (ห้ามใส่ข้อมูล HN, AN หรือข้อมูลใด ๆ ที่บอกให้รู้ถึงตัวบุคคล หรือชื่อ รพ.)

Keyword/สาเหตุหลัก** : สภาพแวดล้อม/สาเหตุหลัก/ชื่อยา (เติมคำสั้น ๆ ที่เกี่ยวกับปัญหา เช่น ชื่อยา กรณีรายงานอุบัติการณ์ด้านยา หรือ bundle of care กรณีเกิดปัญหาด้าน Care process หรือ ขณะเข้าห้องน้ำ กรณีเกิดการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

เติมคำสั้น ๆ ที่เกี่ยวกับปัญหา เช่น ชื่อยา กรณีรายงานอุบัติการณ์ด้านยา หรือ bundle of care กรณีเกิด ปัญหาด้าน Care process หรือ ขณะเข้าห้องน้ำ กรณีเกิดการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

predispensing
error

เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :

ดูรายละเอียด

อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย :

ระดับความรุนแรง** :

ดูรายละเอียด

การยืนยันความเสี่ยง

การยืนยันความเสี่ยง

ระดับความรุนแรง** : [ดูรายละเอียด](#)

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** : เพศ** :

อายุ** : ปี (เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** : วันที่ค้นพบ* :

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** เสร : หรือ เวลา : : เซ่น 21:59

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :

การจัดการเบื้องต้น* :

เอกสารประกอบ : [Choose files](#) No file chosen

การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง* :

วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :



บันทึก



ยกเลิก

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

* หมายถึง ข้อมูลที่บังคับกรอก

** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบ NRLS

[การแนบเอกสารประกอบสามารถแนบได้มากกว่า 1 ไฟล์ในแต่ละหัวข้อ แต่ขนาดของไฟล์รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 10 MB. ในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่การรายงาน ยืนยัน แก้ไขระดับหัวหน้า จนถึงการแก้ไขในระดับกรรมการ]

วันที่บันทึกรายงานอุบัติการณ์ :

09/10/2025

หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์* :

- เลือก -

งานตึกผู้ป่วย1

งานตึกผู้ป่วย2

งานตึกผู้ป่วย3

งานตึกผู้ป่วย4

งานทันตกรรม

งานธุรการ

ประเภทสถานที่** :

รายละเอียดการเกิดเหตุ* :

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด** :

-เลือก-

ดูรายละเอียด

วันที่บันทึกรายงานอุบัติการณ์ :



09/10/2025

หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์* :

- เลือก -

ประเภทสถานที่** :

รายละเอียดการเกิดเหตุ* :

- เลือก -

ในพื้นที่ของโรงพยาบาล

นอกพื้นที่ของโรงพยาบาล

เอกสารประกอบ :

Choose files

No file chosen

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด** :

-เลือก-

ดูรายละเอียด

ประเภทสถานที่** :

รายละเอียดการเกิดเหตุ* : กรณีเป็นความเสี่ยงด้านยา ให้ระบุข้อผิดพลาดด้วย

HN ใคร ทำอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ทำไม อาจเกิดอะไรตามมา

เอกสารประกอบ : No file chosen

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด** :

-เลือก-

เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายใน รพ. เรื่องใด :

ระดับความรุนแรง** :

CPE404 : ผู้ป่วยไม่รอตรวจ ไม่พึงพอใจ ร้องเรียน

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :

CPE405 : Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ดุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track

วันที่เกิดอุบัติการณ์** :

CPE406 : ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์** เวน :

CPE407 : Missed Diagnosis

CPE408 : Un-planned ICU ในผู้ป่วยดุกเฉิน/ผู้ป่วยวิกฤติ

CPE409 : ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 2 ชั่วโมงก่อน Admit หรือนานมากกว่า 4 ชั่วโมงก่อน

ดูรายละเอียด

เช่น 21:59

เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายใน รพ. เรื่องใด :

ระดับความรุนแรง** :

-เลือก-

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ : **

วันที่เกิดอุบัติการณ์** :

-เลือก-

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ ** เวน : หรือ เวลา :

▼

 :

▼

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์* :

A (เกิดที่นี้) มีโอกาสเกิดเหตุการณ์และค้นพบได้ด้วยตัวเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร

การจัดการเบื้องต้น* :

B (เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร

C (เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือ

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ : **

วันที่เกิดอุบัติการณ์** : เกิดอุบัติการณ์*

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ ** เวน :

- เลือก -

 :

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์* :

รายบุคคล

การจัดการเบื้องต้น* :

กลุ่มบุคคล

หน่วยงาน/ องค์กร

ระดับความรุนแรง** :

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ : **

วันที่เกิดอุบัติเหตุ** :

วันที่ค้นพบว่าเกิดอุบัติเหตุ* :

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ ** เวน :

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติเหตุ* :

การจัดการเบื้องต้น* :

« October 2025 »

Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8

Today

« October 2025 »

Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8

Today

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ ** เวน :

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติเหตุ* :

การจัดการเบื้องต้น* :

หรือ เวลา : :

- เลือก -

วันราชการ-เวรตึก

วันราชการ-เวรเช้า

วันราชการ-เวรบ่าย

วันหยุดราชการ-เวรตึก

วันหยุดราชการ-เวรเช้า

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ** เวย์ :

หรือ เวลา :

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติเหตุ* :

การจัดการเบื้องต้น* :

เอกสารประกอบ :

Choose files

No file chosen

00
01
02
03
04
05

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติเหตุ* :

การจัดการเบื้องต้น* :

- เลือก -

ขณะปฏิบัติงาน

ใบข้อเสนอแนะ/ คำร้องของผู้รับบริการ

การทบทวนกิจกรรม/ กระบวนการหลัก

การทบทวนเวชระเบียน

การตรวจนิเทศทางการแพทย์/ พยาบาล

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์* :

การจัดการเบื้องต้น* :

ลงรายละเอียดการบรรเทาความเสี่ยง การสื่อสารกับผป.และญาติ การสื่อสารกับทีม หัวหน้างาน...

เอกสารประกอบ :

Choose files

No file chosen



บันทึก



ยกเลิก

ขั้นตอนของการทำ RCA

(1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (2) รับฟังเสียงของผู้เกี่ยวข้องว่าประสบอะไร ได้รับข้อมูลอะไร แปลความหมายอย่างไร ต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร (ใช้ empathy map) (3) ใช้ guiding question หรือ 5 tiers of contributory factors to AE เพื่อค้นหาปัจจัยก่อเหตุ



3. Proactive fact finding (listen, observe & investigate)

2. Identify potential change or unsafe act

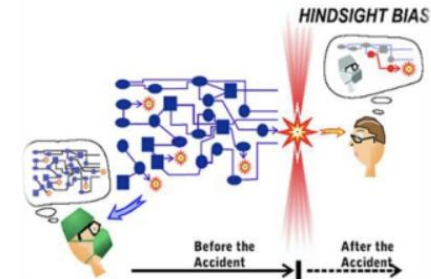
1. Map story & timeline

4. Identify root causes / Action Hypothesis

5. Test creative solution with PDSA

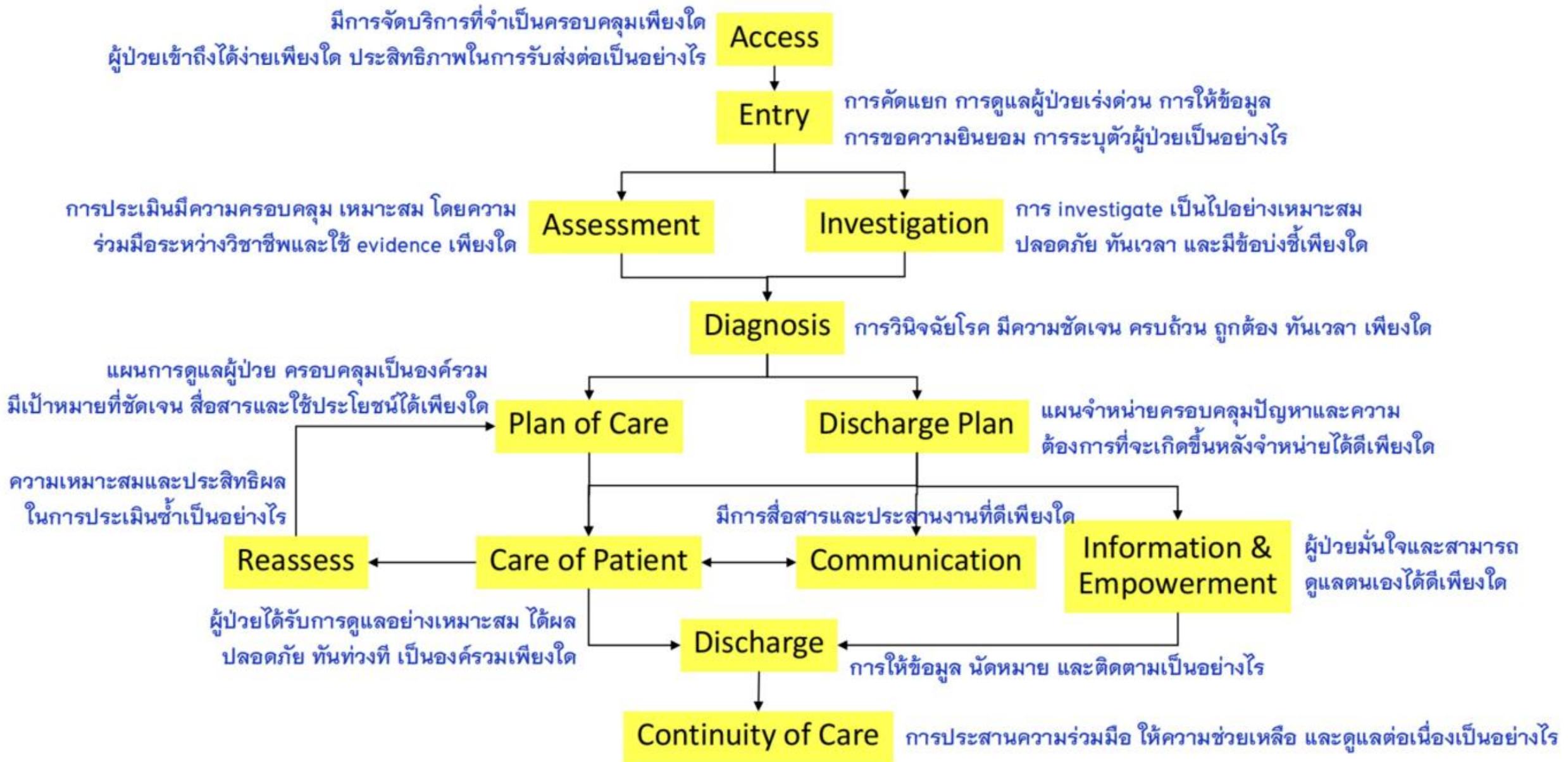
พิจารณาว่ามีรอยโหว่ในปราการป้องกันอะไรบ้าง วิเคราะห์ช่องโหว่ของแต่ละ potential change ไปให้ถึง latent condition หรือปัจจัยองค์กร เขียนสรุปเป็น causal statement

ใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังในการหาจุดเปลี่ยนที่เป็นโอกาสพัฒนา โดยไม่ตำหนิผู้คน
ระบุ potential change ตาม care process หรือ work process ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ



ใช้ scale เวลา, เน้นที่การกระทำของผู้เกี่ยวข้องควบคู่กับสถานการณ์

ใช้หลัก human factors ออกแบบเพื่อป้องกัน ทำให้ดีขึ้นตรวจพบให้เร็วขึ้น ทำให้เร็วขึ้นทำให้เหมาะสมขึ้น
นำแนวคิดไปทดลองปฏิบัติจนได้ผล (action) ใช้สิ่งที่เคยเกิดมาฝึก mindfulness



Empathy Map Canvas

1.คุณกำลังทำความเข้าใจใคร

ใครคือคนที่คุณอยากจะเข้าใจ
เขาเหล่านั้นอยู่ในสถานการณ์อะไร
พวกเขามีบทบาทอะไรในสถานการณ์นั้น

เป้าหมาย

2.พวกเขาจำเป็นต้องทำอะไร

พวกเขาจำเป็นต้องทำอะไรที่ต่างจากเดิม
พวกเขาอยากทำอะไรหรืออยากให้ทำอะไร
พวกเขาต้องตัดสินใจอะไร
เราจะรู้ได้อย่างไรว่าพวกเขาทำได้สำเร็จ

7.พวกเขาคิดอะไรและรู้สึกอะไร

Pains

อะไรคือความกลัว ความคับ
ข้องใจ และความกังวลของ
พวกเขา

Gains

อะไรคือความต้องการ ความ
จำเป็น ความหวัง และความ
ฝันของพวกเขา

3.พวกเขาเห็นอะไร

พวกเขาเห็นอะไรในเหตุการณ์
พวกเขาเห็นอะไรในที่เกิดเหตุ
พวกเขาเห็นคนอื่น ๆ พูดอะไรและทำอะไร
พวกเขากำลังจับจ้องมองอะไรและกำลังอ่านอะไร

6.พวกเขาได้ยินอะไร

พวกเขากำลังได้ยินคนอื่นพูดว่าอะไร
พวกเขากำลังได้ยินอะไรจากเพื่อน
พวกเขากำลังได้ยินอะไรจากเพื่อนร่วมงาน
พวกเขาได้ยินได้ฟังอะไรมาบ้าง

4.พวกเขาพูดอะไร

พวกเราได้ยินพวกเขาพูดอะไรกัน
พวกเราคิดว่าพวกเขากำลังพูดอะไรกัน

5.พวกเขาทำอะไร

วันนี้พวกเขาทำอะไร
พวกเราสังเกตเห็นพฤติกรรมอะไรบ้าง
พวกเราคิดว่าพวกเขากำลังทำอะไร

Who are we Empathizing with?

* เรากำลังจะเข้าใจใคร?

ผู้ป่วยที่ได้รับยาผิดขนาด

GOAL(เป้าหมาย): ทำความเข้าใจ

ประสบการณ์และสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย
หลังเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อ
ป้องกันเหตุการณ์ซ้ำในอนาคตและปรับปรุง
การสื่อสารกับผู้ป่วย

What do they NEED to DO? * พวกเขาต้องการทำอะไร?

* ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนและผลกระทบที่
อาจเกิดขึ้น * เข้าใจขั้นตอนที่กำลังดำเนินการเพื่อแก้ไข * รู้สึกว่า
ได้รับการรับฟังและข้อกังวลของพวกเขาได้รับการแก้ไข * เรียกคืน
ความไว้วางใจในทีมผู้ดูแล

What do they SEE? พวกเขาเห็นอะไร?

- * พยาบาล/แพทย์ดูเร่งรีบหรือเคร่งเครียด
- * การเปลี่ยนยาอย่างทันทีทันใด
- * สีหน้าแสดงการขอโทษจากเจ้าหน้าที่
- * สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล
(ห้อง, อุปกรณ์, ผู้ป่วยคนอื่นๆ)

What do they SAY? พวกเขาพูดว่าอะไร?

- * "ยานั้นเอาไว้ทำอะไรคะ/ครับ?"
(หากพวกเขาสังเกตเห็นในตอนแรก)
- * "แน่ใจนะคะ/ครับว่าถูกต้อง?"
- * "ฉันรู้สึกแปลกๆ" * "ฉันกังวลเรื่องนี้"
- * "มีใครอธิบายได้ไหมคะ/ครับว่าเกิดอะไรขึ้น?"

What do they THINK and FEEL? พวกเขาคิดและรู้สึกอย่างไร?

* ความทุกข์: "ฉันจะเป็นอะไร
ไหม? ถ้าสิ่งนี้ทำให้ฉันเป็นอันตราย
ในระยะยาวล่ะ? ตอนนี้ฉันจะเชื่อใจ
พยาบาล/หมอได้ไหม? ทำไมถึงเกิด
เรื่องแบบนี้? ฉันทำอะไรผิดไปหรือ
เปล่า?" (ความกลัว, ความวิตก
กังวล, ความไม่ไว้วางใจ, ความ
สับสน, การโทษตัวเอง)

* ความสำเร็จ/ความหวัง:
"ฉันปลอดภัย, ฉันได้รับการ
ดูแล, ฉันเข้าใจว่าเกิดอะไร
ขึ้น, ฉันรู้สึกได้รับการเคารพ
, ความกังวลของฉันได้รับการ
รับฟัง"

What do they HEAR? พวกเขาได้ยินอะไร?

- * สารสนเทศที่ขัดแย้งกัน
- * ศัพท์ทางการแพทย์ที่พวกเขาไม่เข้าใจ
- * เสียงกระซิบระหว่างเจ้าหน้าที่
- * เสียงเครื่องมือ, เสียงผู้ป่วยคนอื่นๆ,
เสียงประกาศของโรงพยาบาล
- * คำขอโทษจากเจ้าหน้าที่

What do they DO? พวกเขาทำอะไร?

- * ตั้งคำถามเกี่ยวกับยา
- * เริ่มเก็บตัวหรือวิตกกังวล
- * ขอให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวแทนพูดคุยหรือเจรจา
- * ค้นหาสารสนเทศออนไลน์
- * รายงานอาการใหม่ๆ

การแบ่งระดับความรุนแรงตามกลุ่มความเสี่ยง

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป(หมวด Personnel Safety Goals) แบ่งเป็น A-I ดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเอง และค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นผู้ป่วย และบุคลากร รวมถึงเหตุการณ์ที่เสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน	เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้โดยยังไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และบุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือบุคลากรแต่ไม่เกิดอันตราย หรือความเสียหาย	ความรุนแรงน้อย
D	(ในระหว่าง) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือบุคลากรต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	(ต้องรักษา) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือบุคลากรเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	ความรุนแรงปานกลาง
F	(เยียวยานาน) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือบุคลากรต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติ หรือเกินกำหนด ผู้ป่วย/บุคลากรต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิจารณา) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย หรือบุคลากรทำให้เกิดความพิการถาวรหรือทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือ หรือมีการร้องเรียน	ความรุนแรงมาก
H	(ต้องการบ่ม) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย หรือบุคลากรทำให้ต้องมีการช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียง และมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย หรือบุคลากรเป็นเหตุทำให้เสียชีวิตหรือเสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	ความรุนแรงมากที่สุด

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป(ยกเว้นหมวด Personnel Safety Goals) แบ่งเป็น 1-5 ดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
1	ความผิดพลาดยังไม่เกิดแต่มีโอกาสเกิดความผิดพลาด/ความเสียหายได้ ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จ หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน มูลค่าความเสียหาย 0-5,000 บาท	เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก
2	เกิดความผิดพลาด/ความเสียหายขึ้นแล้วโดยมีผลกระทบ(ที่ควบคุมได้)ต่อผลสำเร็จ หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน มูลค่าความเสียหาย 5001-10,000 บาท	ความรุนแรงน้อย
3	เกิดความผิดพลาด/ความเสียหายขึ้นแล้วโดยมีผลกระทบ(ที่ต้องทำการแก้ไข)ต่อผลสำเร็จ หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน มูลค่าความเสียหาย 10,001-50,000 บาท	ความรุนแรงปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาด/ความเสียหายขึ้นแล้วและทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (กรณีเกิดกับอุปกรณ์ ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน) มูลค่าความเสียหาย 50,001-100,000 บาท	ความรุนแรงมาก
5	เกิดความผิดพลาด/ความเสียหายขึ้นแล้วและทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายร้ายแรง(กรณีเกิดกับอุปกรณ์ ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน(Ambu bag, Defibrillator, Laryngoscope) หรือเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่สำคัญ(รถ Refer, รถ Emergency, Oxygen)) มูลค่าความเสียหาย มากกว่า 100,000 บาท	ความรุนแรงมากที่สุด

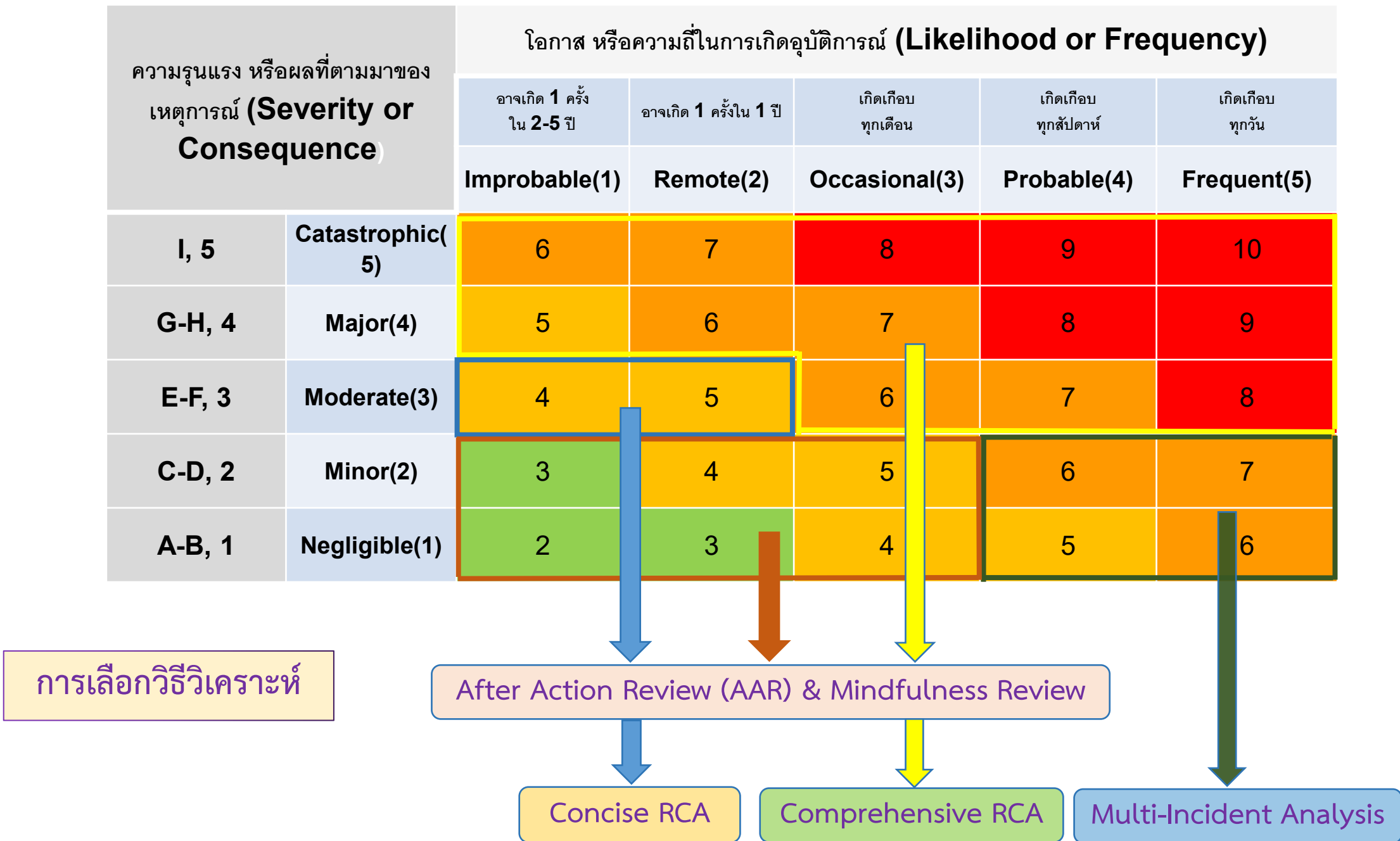
การวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk Matrix (5+5)

Risk level (ระดับความเสี่ยง) = Consequence + Likelihood

มีค่าตั้งแต่ 2 – 10 ดังตารางต่อไปนี้

*เขียว = เสี่ยงต่ำ, เหลือง = เสี่ยงปานกลาง, ส้ม = เสี่ยงสูง, แดง = เสี่ยงสูงมาก

ความรุนแรง หรือผลที่ตามมาของ เหตุการณ์ (Severity or Consequence)		โอกาส หรือความถี่ในการเกิดอุบัติการณ์ (Likelihood or Frequency)				
		อาจเกิด 1 ครั้ง ใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งใน 1 ปี	เกิดเกือบ ทุกเดือน	เกิดเกือบ ทุกสัปดาห์	เกิดเกือบ ทุกวัน
		Improbable(1)	Remote(2)	Occasional(3)	Probable(4)	Frequent(5)
I, 5	Catastrophic(5)	6	7	8	9	10
G-H, 4	Major(4)	5	6	7	8	9
E-F, 3	Moderate(3)	4	5	6	7	8
C-D, 2	Minor(2)	3	4	5	6	7
A-B, 1	Negligible(1)	2	3	4	5	6



Learning From Incident

1. ทันทีที่เกิดอุบัติการณ์

- ดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเสียหาย
- เก็บหลักฐานทุกอย่างที่เกี่ยวข้องเพื่อการเรียนรู้
- แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบโดยเร็ว
- รายงานอุบัติการณ์เข้าระบบ

2. Team Reflection

- ทำ AAR ทันทีที่ทำได้อ
 - เกิดอะไรขึ้น เห็นโอกาสปรับปรุงอะไร
 - มีการคาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาตุ (เอ๊ะ) หูฟัง หรือไม่

3. Self Reflection

- สมาชิกแต่ละคนบันทึกข้อมูลตาม 2 Axis Swiss Cheese RCA Template ตามความเห็นของตนเอง ภายในคืนวันนั้น

4. Formal RCA

- มุ่งเน้นที่การปรับปรุงระบบเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ทำนองเดียวกันซ้ำอีก

What is the **AAR** Process? (กระบวนการ AAR คืออะไร?)

AAR มักจะวนเวียนอยู่กับคำถามหลัก 4 ข้อ:

* **What was expected to happen? (คาดหวังว่าจะเกิดอะไรขึ้น?)**

* คำถามนี้ช่วยกำหนดพื้นฐาน สิ่งที่เราวางแผนไว้คืออะไร? วัตถุประสงค์คืออะไร? แต่ละคนคิดว่าบทบาทของตนเองจะเป็นอย่างไร?

* **What actually happened? (เกิดอะไรขึ้นจริง?)**

* ในส่วนนี้ ผู้เข้าร่วมจะอธิบายลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยเน้นที่ข้อเท็จจริงที่เป็นรูปธรรมและการสังเกตของแต่ละบุคคล สิ่งสำคัญคือการรวบรวมมุมมองที่หลากหลายเพื่อสร้างภาพรวมที่ครอบคลุม

* **Why was there a difference between what was expected and what actually happened? (ทำไมถึงมีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง?)**

* นี่คือการแก้แค้นของการเรียนรู้ ทีมจะสำรวจความคลาดเคลื่อน มีอะไรที่ทำได้ดี? อะไรที่ไม่เป็นไปตามแผน? ทำไม? สิ่งนี้จะเจาะลึกถึงรากเหง้าของปัญหา (root causes), ปัญหาเชิงระบบ (systemic issues), ข้อผิดพลาดในการสื่อสาร (communication breakdowns), ข้อจำกัดของทรัพยากร (resource limitations), ความท้าทายที่ไม่คาดคิด (unexpected challenges) หรือแม้แต่ผลลัพธ์เชิงบวกที่ไม่คาดคิด (unforeseen positive outcomes)

* สิ่งสำคัญคือในจุดนี้ "การทบทวนสติ" (mindfulness review) ที่กล่าวถึงก่อนหน้านี้มักจะมียุทธศาสตร์ใน HROs โดยจะต้านทานการทำให้เรื่องง่ายขึ้นและยอมรับความเชี่ยวชาญของผู้ที่อยู่แนวหน้า (deference to the expertise of those on the front lines)

* **What have we learned, and what will we do differently next time? (เราได้เรียนรู้อะไร และครั้งต่อไปเราจะทำอะไรแตกต่างไปจากเดิม?)**

* นี่คือการเน้นการปฏิบัติ (action-oriented phase) จากข้อมูลเชิงลึกที่ได้รับ ทีมจะระบุการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรมและนำไปปฏิบัติได้ (concrete, actionable improvements) มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่สามารถทำได้กับกระบวนการ การฝึกอบรม การสื่อสาร หรือการจัดสรรทรัพยากร? ใครเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินการเหล่านี้ และภายในเมื่อใด?

ผู้ช่วยอำนวยความสะดวกที่มีทักษะ (skilled facilitator) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จของ AAR โดยจะชี้นำการอภิปราย ตรวจสอบให้แน่ใจว่าทุกคนได้แสดงความคิดเห็น รักษาการสนทนาให้เป็นไปตามเป้าหมาย และรักษาสภาพแวดล้อมที่ปราศจากการตำหนิ

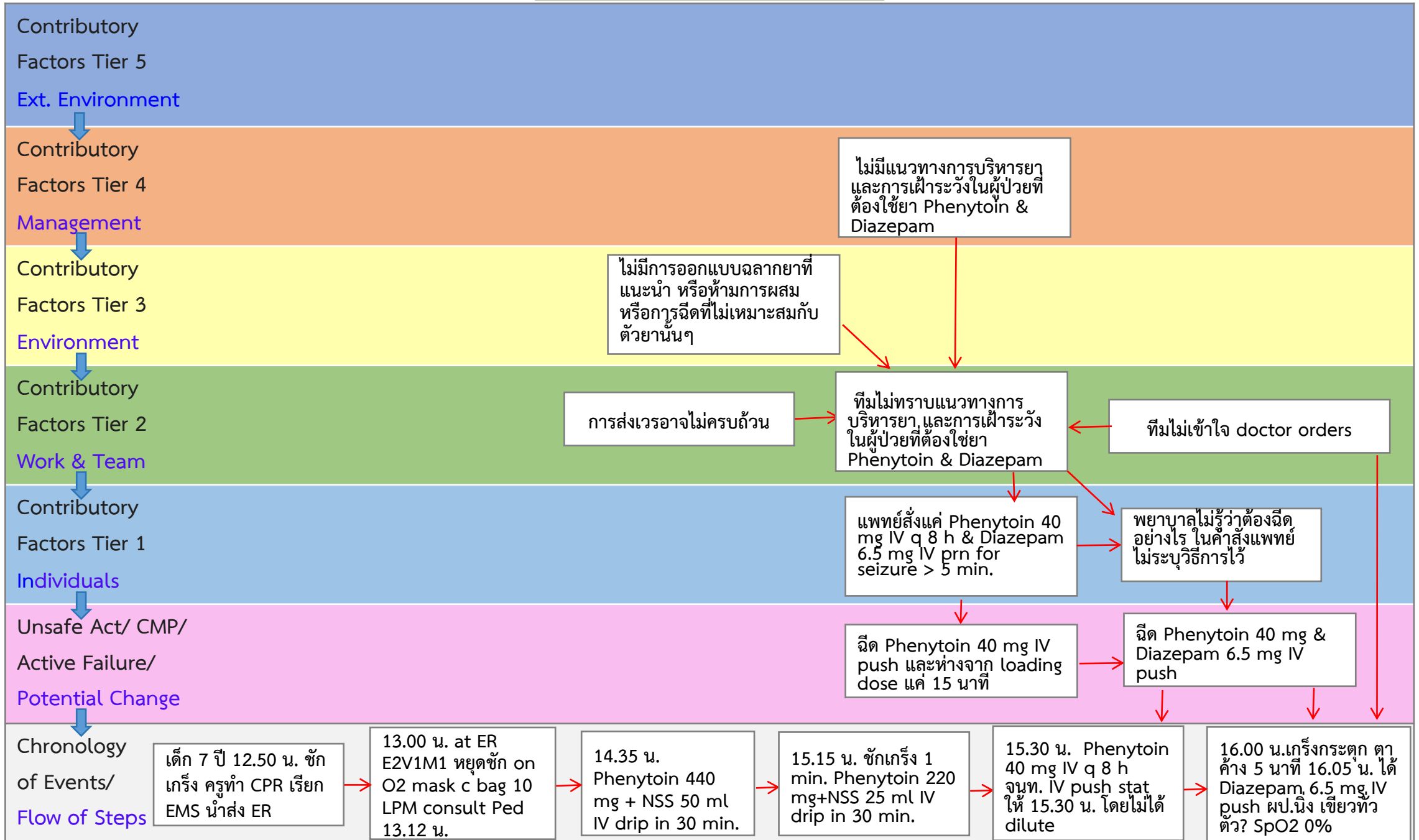
2-axis Swiss Cheese RCA

Tier 5 สิ่งแวดล้อม ภายนอก	อิทธิพลทางสังคม การรับรู้ของสาธารณะ	นโยบาย กฎข้อบังคับ ผู้จ่ายเงิน, การเงิน, องค์กรวิชาชีพ, IT, ระดับภาค/ประเทศ			การออกแบบ อุปกรณ์ และอุปกรณ์	เทคโนโลยีใหม่
Tier 4 การบริหาร จัดการ	บรรยากาศขององค์กร โครงสร้าง, นโยบาย, วัฒนธรรม, ระบบบริหารจัดการ, ความเกี่ยวข้องของทีมนำ	ทรัพยากร ความพร้อมใช้, การบริหารจัดการและการจัดลำดับความสำคัญ			กระบวนการขององค์กร นโยบายและระเบียบปฏิบัติ, การตัดสินใจ, การจัดการภาระงาน/อัตรากำลัง, การสนับสนุนจากส่วนกลาง	
Tier 3 สิ่งแวดล้อม ภายใน	สารสนเทศ, การให้ความรู้, การสื่อสาร	การกำกับดูแล	การออกแบบงาน, ระเบียบปฏิบัติทางคลินิก	สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การส่องสว่าง, เสียงรบกวน, อุณหภูมิ, การจัดวาง, สิ่งรบกวน, การระบายอากาศ	จุดเชื่อมต่อระหว่างมนุษย์กับระบบ/เทคโนโลยี IT, เวชระเบียน, ความพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์, สถานที่ตั้ง, ไม่ควบคุมและจอแสดงผล, ซอฟต์แวร์	
Tier 2 งาน และทีม	ลักษณะงาน ความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน, ขั้นตอนการทำงาน, งานที่แข่งกับเวลา, การขัดจังหวะ, ความต้องการทางกายภาพและความรู้ความเข้าใจ			ทีมงาน ความชัดเจนของบทบาท, การชี้แจงสั้นๆของทีม, การรับรู้ของทีม, ขวัญและกำลังใจของทีม, การรับส่งข้อมูล, การสื่อสาร		
Tier 1 ปัจเจกบุคคล	บุคลากร ความรู้, ทักษะ, ประสบการณ์, ความสามารถทางกายและการรับรู้ความรู้สึก, ความตื่นตัว, แรงจูงใจ, เจตคติ, ความเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน			ผู้ป่วย สภาพความเจ็บป่วย, ยาที่ทาน, การแพ้ยา, ภาษาและคำพูด, ความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม, ความสัมพันธ์, การอ่านออกเขียนได้และการรับรู้ข้อมูล		
Unsafe Act						
ลำดับ เหตุการณ์						

5 Tiers of Contributory Factors for Incident Analysis

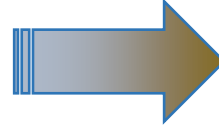


2-Axis Swiss Cheese RCA



องค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง (High Reliability Organization: HRO)

ความหมกมุ่นกับความล้มเหลว → การตระหนักรู้ในปัจจุบัน
มองเหตุการณ์เกือบผิดพลาดเป็นสัญญาณเตือนความอ่อนแอของระบบ



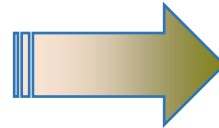
เหตุการณ์: พยาบาลให้ยาผิดขนาด
RCA: - ไม่มีระบบยืนยันคำสั่งยาซ้ำ (ระบบล้มเหลว)
- ป้ายยาติดไม่ชัดเจน (การออกแบบ)

ความไม่เต็มใจที่จะยอมรับคำตอบง่ายๆ → การสังเกตแบบไม่ตัดสิน
อย่าจบที่ "มนุษย์ผิดพลาด" โดยไม่วิเคราะห์ให้ลึกซึ้ง



เหตุการณ์: ผ่าตัดผิดคน
RCA: - ระบบตรวจสอบตัวผู้ป่วยไม่เข้มงวด
- ห้องผ่าตัดมีแสงไม่เพียงพอ
- ความเร่งรีบระหว่างเปลี่ยนกะ

ความไวต่อการปฏิบัติงาน → การยอมรับความจริง
ใส่ใจสภาพการทำงานจริงมากกว่าหลักการในตำรา



เหตุการณ์: ลืมเครื่องมือในร่างกายผู้ป่วย
RCA: - ระบบนับเครื่องมือไม่ครอบคลุมทุกขั้นตอน
- พยาบาลต้องทำงานหลายหน้าที่พร้อมกัน

ความมุ่งมั่นในการฟื้นคืนสภาพได้ → การไม่ยึดติดมุมมองเดิม
ออกแบบระบบที่รับมือกับความผิดพลาดได้



เหตุการณ์: ระบบไฟฟ้าขัดข้องในห้องไอซียู
RCA: - ติดตั้งระบบไฟฟ้าสำรอง (ป้องกัน)
- ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทุกไตรมาส (ฟื้นคืนสภาพ)

การเชื่อฟังผู้เชี่ยวชาญ → สติร่วมของทีม
รับฟังพนักงานระดับปฏิบัติการหรือหน้างาน



เหตุการณ์: การติดเชื้อในหอผู้ป่วย
RCA: - เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดรายงานอุปกรณ์ไม่เพียงพอ
แต่ไม่มีใครฟัง

Statement of Findings ข้อสรุปที่ค้นพบ/สรุปข้อค้นพบ or Causal Statement (ข้อสรุปเชิงสาเหตุ)

The contributing factor(s), within the context of the incident, increased/decreased the likelihood that this outcome would occur.

ปัจจัยเอื้อ/ปัจจัยก่อเหตุ

ภายในบริบทของอุบัติการณ์

เพิ่มหรือลดโอกาส/ความน่าจะเป็น

ที่ผลลัพธ์นี้จะเกิดขึ้น

การสรุปปัจจัยสาเหตุ ให้เขียนเป็นประโยคดังนี้

“เพราะมีปัญหา.....(ระบุปัญหา)..... จึงทำให้เกิดเหตุ.....(ระบุ unsafe act)..... ขึ้น”

Patient (ผู้ป่วย): การขาดมาตรการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่นอนโรงพยาบาลเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะหนีหายจากตึกผู้ป่วย

Care team (ทีมดูแล) : การขาดการสื่อสารระหว่างทีม และความไม่คุ้นเคยกับการประเมิน qSOFA ลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตาม 6 Bundles อย่างทันท่วงที

Task (งาน) : การไม่มีมาตรฐานที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในที่ใช้ยา Warfarin ลดโอกาสที่ค่า INR ผิดปกติจะได้รับการตรวจจับ และแก้ไขได้ทันเวลา

Work Environment (สภาพแวดล้อมในการทำงาน) : การใช้ Hands-free คิวโทรศัพท์ขณะให้การพยาบาลเพิ่มความน่าจะเป็นในการให้การพยาบาลผิดพลาด

Equipment (อุปกรณ์) : การไม่ตรวจนับชิ้นส่วนเครื่องมือใน set ให้ครบถ้วนก่อนส่งไป sterilization ลดโอกาสที่เครื่องมือ set นั้นๆจะพร้อมใช้งานจริง

Organization (องค์กร) : การขาดการกำกับติดตาม และทบทวนประสิทธิภาพ และการปฏิบัติตาม CPG for Sepsis ของ PCT Med ลดโอกาสที่อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว จะได้รับการถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงขั้นตอนหรือกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร และนำไปปฏิบัติได้จริง

ปัจจัยเอื้อ/ปัจจัยก่อเหตุ

ภายในบริบทของปฏิบัติการ

เพิ่มหรือลดโอกาส/ความน่าจะเป็น

ที่ผลลัพธ์นี้จะเกิดขึ้น

เช่น การขาดการสื่อสารระหว่างทีม และความไม่คุ้นเคยกับการประเมิน qSOFA ลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตาม 6 Bundles อย่างทันทั่วทั้งที่

สาเหตุระดับราก หรือข้อค้นพบ	แนวทางแก้ไข หรือ ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินการ	ตัวชี้วัด (SMART)	ความถี่ในการ ติดตาม(เดือน, ปี)	ผู้รับผิดชอบ

Causal statement or
Statement of findings

Recommended Action

Specific: เฉพาะเจาะจง
Measurable: วัดค่าได้
Achievable: ทำได้จริง
Relevant: ตรงประเด็น
Time-bound: มีกำหนดเวลาชัดเจน

ทำไมเราต้องใช้ **ISBAR**

เราใช้ **ISBAR** เพื่อ

- **ISBAR** จะช่วยลดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลที่รายงาน
- **ISBAR** เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยน และส่งต่อข้อมูลที่ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เป็นอยู่
- **ISBAR** เป็นเครื่องมือที่มีขั้นตอนที่ง่ายต่อการจดจำ และช่วยกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารระหว่างกันเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของข้อมูล
- **ISBAR** จะช่วยลดอุบัติการณ์การสื่อสารผิดพลาด การไม่ส่งต่อข้อมูล (Miss communication) เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

ใครสามารถใช้ **ISBAR** ได้บ้าง ...?

ISBAR สามารถใช้ในเหตุการณ์ที่สำคัญ และการส่งต่อข้อมูลดังนี้

- ใช้ได้ทั้งแผนกผู้ป่วยใน LR,ER และผู้ป่วยนอก
- การสื่อสารที่ต้องการความเร่งด่วนหรือไม่เร่งด่วน
- การสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลกับแพทย์ , แพทย์กับแพทย์ เป็นต้น
- ประเมินแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ เช่น แพทย์ ENT,แพทย์ศัลยกรรมเฉพาะทาง , จิตแพทย์ เป็นต้น
- การสื่อสารระหว่างวิชาชีพเดียวกันเพื่อส่งต่อข้อมูล เช่นพยาบาลต่อพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูลจากการรายงานกับแพทย์
- การสื่อสารระหว่างพยาบาลในรถพยาบาลกับแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาล เป็นต้น

ISBAR COMMUNICATION TOOL

I Identify	➤ Yourself: ☐ name, ☐ position, ☐ location ➤ Receiver: Confirm who you are talking to ➤ Patient: name, age, sex, location
S Situation	➤ State purpose "The reason I am calling is....." ➤ If urgent – SAY SO, Make it clear from the start ➤ May represent a summary of Assessment and Requirement
B Background	➤ Tell the story ➤ Relevant information only: ☐ history, ☐ examination, ☐ test results, ☐ management ➤ If urgent: Relevant vital signs, current management
A Assessment	➤ State what you think is going on, your interpretation ➤ Use ABCDE approach ☐ Airway ☐ Breathing ☐ Circulation ☐ Disability ☐ Exposure ➤ State any interventions e.g applied oxygen
R Requirement	➤ What you want from them – BE CLEAR ➤ State your request or requirement ☐ Urgent review (state time frame) ☐ Give approval / recommendation for further course of action while awaiting attendance eg. ECG, bloods ☐ Give opinion on appropriate management

ตัวอย่างการรายงานด้วย **ISBAR**

I	คุณหมอค่ะ ดิฉันนางสาว ง. พยาบาลจากแผนกผู้ป่วยในขอรายงาน Cause นาย ก .ผู้ป่วยชาย เดียง 1 อายุ 55 ปี
S	ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย และบ่นเจ็บหน้าอก
B	โดยผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง admit ด้วย GI bleeding และได้รับเลือดไป 2 units , Hct เมื่อ 2 ชั่วโมงก่อนเท่ากับ 31 % , BP 90/50 ,Pulse 120
A	ดิฉันคิดว่ามีเลือดออกภายในเฉียบพลัน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MI และเราไม่มี Troponin-T เก็บไว้ใน ward
R	ดิฉันคิดว่าน่าจะตรวจ EKG และส่ง Lab ตรวจ Troponin- T และอยากให้คุณหมอ มาช่วยดูอาการผู้ป่วยค่ะ

เกณฑ์ในการไม่รับเข้าห้องพิเศษ และ เกณฑ์การย้ายออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติเฝ้า หรือญาติที่เฝ้าเป็นเด็กหรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำๆจะไม่รับเข้าห้องพิเศษชั้นบน และต้องมีญาติที่ดูแลผู้ป่วยได้ เฝ้าอย่างน้อย 1 คน
3. ผู้ป่วยที่ on ICD และต้อง observe อาการน้อยกว่า ทุก 4 ชั่วโมง ไม่รับเข้าห้องพิเศษ
4. กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้ Recovery ตามมาตรฐานวิชาชีพก่อนเข้าห้องพิเศษ ยกเว้นนอกเวลาราชการหากไม่สามารถ Recovery ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ แพทย์เป็นผู้พิจารณาอนุญาตให้เข้าห้องพิเศษได้ โดยแพทย์จะบันทึกในแบบสั่งการรักษาของแพทย์
5. ผู้ป่วยที่ on ETT ,on HI Flow
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือความความดันโลหิตต่ำจนต้องให้ยา drip กระตุ้นหัวใจ
7. ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ประสงค์ช่วยฟื้นคืนชีพแต่ใช้ยาเพิ่มความดันที่วัด V/S ทุก 4 ชั่วโมง สามารถเข้าห้องพิเศษได้
8. ผู้ป่วยที่ on EKG monitor
9. ผู้ป่วยที่มีมาด้วยภาวะ shock / septic shock ที่อาการยังไม่ stable

10. ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ที่ต้องประเมิน V/S น้อยกว่าทุก 4 ชั่วโมง
11. ผู้ป่วยที่หายใจเหนื่อยหอบมาก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการช่วยหายใจ
12. ผู้ป่วย UGIB ที่มาด้วย Active bleeding ให้เข้าตึกสามัญจนกว่าไม่มีภาวะ active bleeding และ V/S stable ครบ 24 ชั่วโมง จึงเข้าห้องพิเศษได้
13. ผู้ป่วยที่ถูกสัตว์อันตรายไม่ทราบชนิดกัดและต้องสังเกตการหายใจ
14. ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ยังไม่ฟื้น 24 ชั่วโมงแรก และประเมิน coma score ≤ 12
15. ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน ดึงอุปกรณ์ต่างๆ และญาติไม่ยินยอมให้ยี้ดตริงผู้ป่วย
16. ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ ≥ 20 wks ที่ต้องดูแลเรื่อง FHS. Contraction อย่างใกล้ชิด
17. Thyroids storm , Anaphylaxis shock , MI / NSTEMI ที่ repeat Trop-I ทุก 6 ชั่วโมง
18. ผู้ป่วยประเภท 3 ให้เข้าห้องพิเศษชั้นล่างเท่านั้น