แบบสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา

การป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ลำดับที่ ..1./..2566..

จัดทำโดย

หน่วยงาน การพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง (11/2)

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1) สมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

1	คุณสายชล	สัวขุนทด..... ที่ปรึกษาโครงการ
2	คุณรัชนี	เหล่าเทิม..... ประธาน/หัวหน้าโครงการ
3	คุณภาวินี	บัวเรียน..... เลขานุการโครงการ (ผู้ประสานงาน)
4	คุณศิริประภา	แพงทุย
5	คุณสายพิน	แสงหิรัญ
6	คุณเจนจิรา	เพ็ชรประยูร
7	คุณธิดารัตน์	เมืองแก้ว
8	คุณวิชญาพร	ประดับกรณ์
9	คุณธนาพร	ภูทะวัง
10	คุณวิมล	สังข์สีแก้ว
11	คุณวิภาดา	กอแก้ว
12	คุณพรพิไล	แสะสาร
13	คุณชมพูนุช	กาลจักร
14	คุณยุภาพร	โททองดี
15	คุณจุฑารัตน์	มุทุสิทธิ์
16	คุณกฤศญาภรณ์	สีคำชอน
17	คุณอัญชลี	ป้องภัย
18	คุณแสนสุภรณ์	ศรีแสน
19	คุณปาริชาติ	บุญประกอบ
20	คุณชลทิชา	สืบวงษ์
21	คุณชญานี	สินประเสริฐ
22	คุณรัชนีกร	ม่วงผงาด
23	คุณฐิติรัตน์	กล่อมใจ
24	คุณรสสุคนธ์	เวียงนนท์
25	คุณตรียะกุล	สว่างพิทักษ์
26	คุณวิไลวรรณ	บางทราย
27	คุณเบญจมาส	มณีเลิศ

2) กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ตอบสนอง

(ทำเครื่องหมาย ✓หน้าข้อ และระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม)

☐ (1) แผนยุทธศาสตร์ SMART ของศูนย์การแพทย์ ระบุ.....

☐ (2) คุณภาพความปลอดภัยที่เป็นเป้าหมายและจุดเน้นสำคัญขององค์กร/ทีม CLT/ทีมนำระบบ

☐ 2.1) SIMPLE^2 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ระบุ.....

☐ 2.2) 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ระบุ.....

☐ 2.3) ปัญหาความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน/ทีมเรื่อง ระบุ.....

☑ (3) การพัฒนาเพื่อยกระดับผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดระดับองค์กร/ทีม CLT/ ทีมนำระบบงานสำคัญ

☐ 3.1 ตัวชี้วัด THIP ☐ 3.2 ตัวชี้วัด ExPNet

☑ 3.2 ตัวชี้วัดองค์กร (SAR part 4) ☐ ตัวชี้วัดทีม/ระบบงาน (SAR part 1-2)

ระบุตัวชี้วัด .....

3) ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา การป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

4) หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การบริหารยาเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานความปลอดภัย SIMPLE ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) คือ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดในกระบวนการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา และ การบริหารยา นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์ที่อาจหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ด้วยระบบควบคุมที่มีประสิทธิภาพและความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

การบริหารยา เป็นอีกหนึ่งหน้าที่สำคัญสำหรับพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับขนาดยา กลไกการออกฤทธิ์ของยา พร้อมกับให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาเหมาะสม ฉะนั้นการบริหารยาในหน่วยงานถือว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยทางหน่วยงานยึดหลัก 6R ถึงแม้ว่าจากสถิติของหน่วยงานจะพบความคลาดเคลื่อนทางยาที่ไม่รุนแรง มีการตรวจสอบขั้นตอน double check ยา อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ A-B ในเดือนกรกฎาคม2565พบ 6 ครั้ง เดือนสิงหาคม2565พบ 8 ครั้ง และในเดือนกันยายน2565พบ 10 ครั้ง มีแนวโน้มที่มากขึ้น ในขณะที่อัตราความคลาดเคลื่อนการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ระดับ A-I พบเพียง 1 ครั้ง แต่เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ซึ่งมีอันตรายส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย

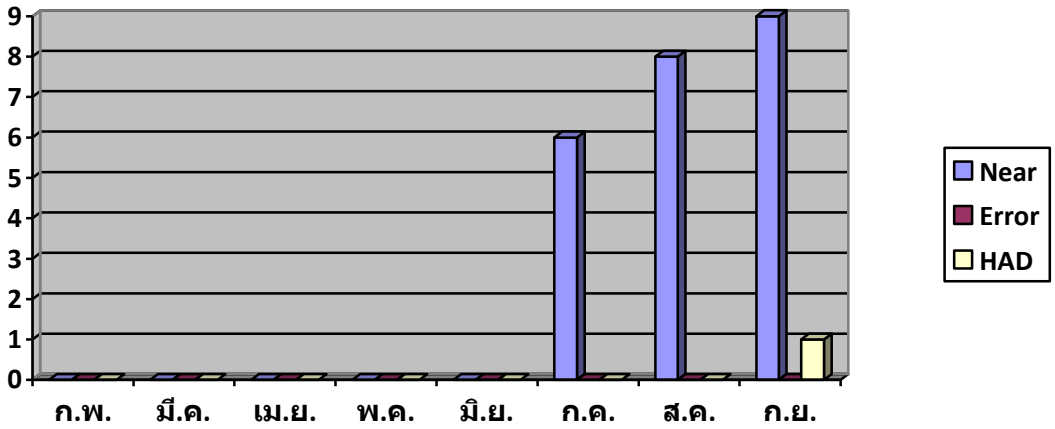
จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ทางหน่วยงานเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารยาติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการบริหารยา

5) ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

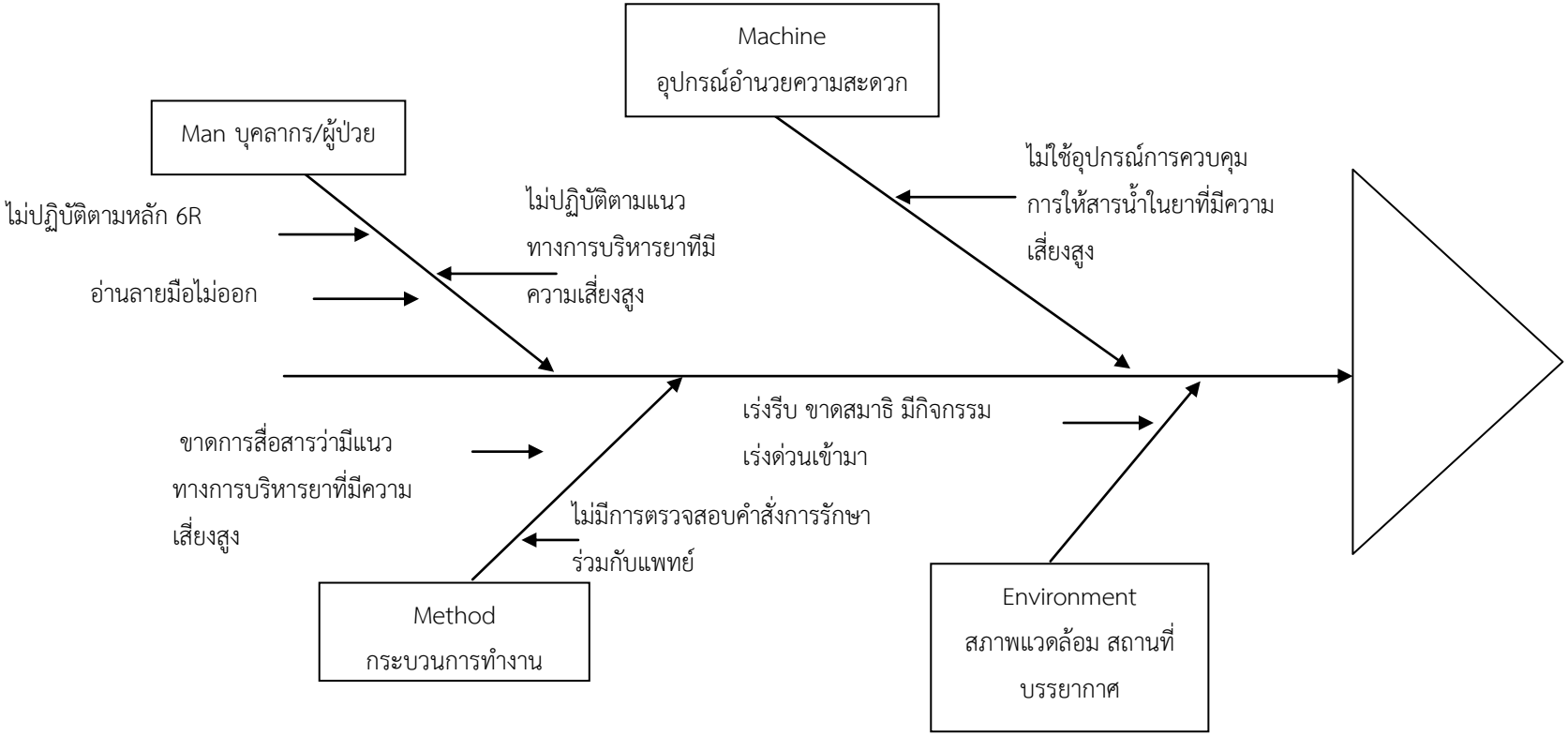
ที่	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565							
			ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ A-B=Near miss	<5 ครั้ง/ 1000 วันนอน	0	0	0	0	0	6	8	9
2	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ C-I = Error	0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	0	0	0	0	0	0	0	0
3	อัตราการคลาดเคลื่อนการบริหารยา HAD ระดับ A-I	≤ 0.5 ต่อ 1,000 visit	0	0	0	0	0	0	0	1

*** ตัวชี้วัดรายเดือน ย้อนหลัง 6 เดือน, รายไตรมาส ย้อนหลัง 4 ไตรมาส, รายปี ย้อนหลัง 3 ปี**

****กรณีผลงาน** Lean Management ลดขั้นตอนหรือระยะเวลา ควรแสดงผังวิเคราะห์กระบวนการทำงานและระยะเวลาก่อนการดำเนินการ



6) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



ปัจจัยด้าน เช่น

Man	บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่
Method	วิธีการ/กระบวนการทำงาน
Material	วัตถุดิบหรือข้อมูล เช่น งบประมาณ การบริหารจัดการ
Machine	อุปกรณ์/เครื่องมืออำนวยความสะดวก
Environment	ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อปัญหา/ความเสี่ยง
อื่นๆ	.....

7) วัตถุประสงค์โครงการ

ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)

8) ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

1. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ A-B=Near miss <5 ครั้ง/1000 วันนอน

2. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ C-I = Error 0 ครั้ง/1000 วันนอน

3. อัตราการคลาดเคลื่อนการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ระดับ A-I ≤ 0.5 ต่อ 1,000 visit

9) ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ.....ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 (1 ปีงบประมาณ หรือ 2 ปีงบประมาณ)

แผนการดำเนินการ	**2565**			**2566**								
	ต.ค.	**พ.ย.**	**ธ.ค.**	**ม.ค.**	**ก.พ.**	**มี.ค.**	**เม.ย.**	**พ.ค.**	**มิ.ย.**	**ก.ค.**	**ส.ค.**	**ก.ย.**
ทบทวนข้อมูล / วางแผนออกแบบระบบ(Plan/Design)												
สื่อสาร นำไปปฏิบัติครอบคลุมพื้นที่..... (Do/Action)												
ติดตาม ประเมินผล เรียนรู้กิจกรรมการพัฒนา (Study/Learning)												
แก้ไขปรับปรุง และจัดทำมาตรฐาน (Act/Improvement)												

10) กิจกรรมการพัฒนา

(กิจกรรมการพัฒนา นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยงข้อ 6 ระดมสมองในทีม สื่อสาร วางแผนกิจกรรมการพัฒนาในรูปแบบเชิงรุก (ขั้นตอน/แนวทาง/วิธีการ ใหม่))

โดยระบุประเด็นการวางแผนการพัฒนา/สรุปประเมินผลตามระยะเวลาตามแผน ในลักษณะของ bullet ให้มีความชัดเจน โดยเริ่มประโยคด้วยคำกิริยาที่เน้นวิธีการลงมือทำกิจกรรม ให้รายละเอียดที่เพียงพอเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจว่าทีมได้ทำอะไรไปบ้าง

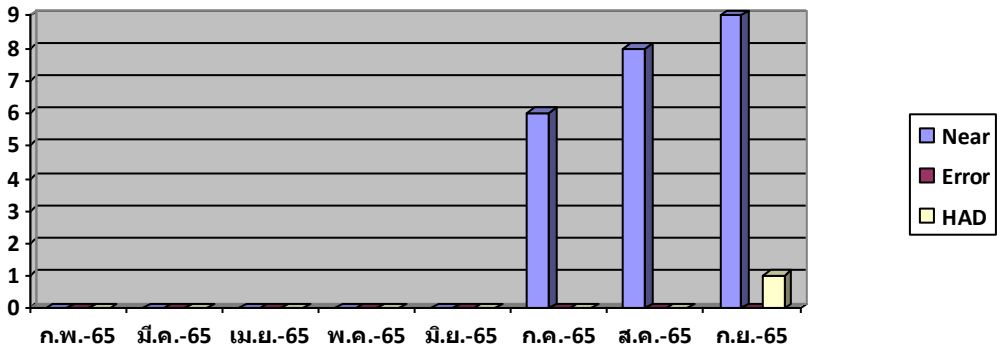
ปัจจัย ด้าน	สาเหตุ	วางแผนกิจกรรมการพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ (ทีม หน่วยงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง)	วัน/เดือน/ปี		สรุปประเมินผล เรียนรู้ กิจกรรมการพัฒนา
				เริ่ม ระบุ	สิ้นสุด ระบุ	
• Man บุคลากร/ผู้ป่วย	•ไม่ปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 6R •ไม่ปฏิบัติตามการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) •อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก ทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดลอก	• ประชุมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการบริหารยาตามหลัก6R และแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) แก่บุคลากรในทีม เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้า Medication error ในหน่วยงาน	ต.ค.2565	ก.ย.2566	•ให้ความรู้วิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง
• Method กระบวนการทำงาน	•ขาดการสื่อสารว่ามีแนวทางการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง •ไม่มีการตรวจสอบคำสั่งการรักษาร่วมกับแพทย์	•กำหนดแนวทางหลักการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) •คำสั่งการรักษาที่ไม่ชัดเจนให้มีการทวนสอบคำสั่งการรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ก่อนการบริหารยา	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้า Medication error ในหน่วยงาน หัวหน้าเวร	ต.ค.2565	ก.ย.2566	
• Machine อุปกรณ์อำนวยความสะดวก	•ไม่ใช้อุปกรณ์การควบคุมการให้สารน้ำในยาที่มีความเสี่ยงสูง	•กำหนดให้ใช้อุปกรณ์การควบคุมการให้สารน้ำในยาที่มีความเสี่ยงสูงทุกครั้ง	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าเวร	ต.ค.2565	ก.ย.2566	

• Environment สภาพแวดล้อม สถานที่ บรรยากาศ	•มีกิจกรรมเร่งด่วนเข้ามา •ขาดสมาธิ	•ให้พยาบาลที่รับผิดชอบในการบริหารยาในเวลานั้นๆไม่ทำกิจกรรมอื่น เพื่อให้มีสมาธิในการบริหารยา	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าเวร	ต.ค.2565	ก.ย.2566	

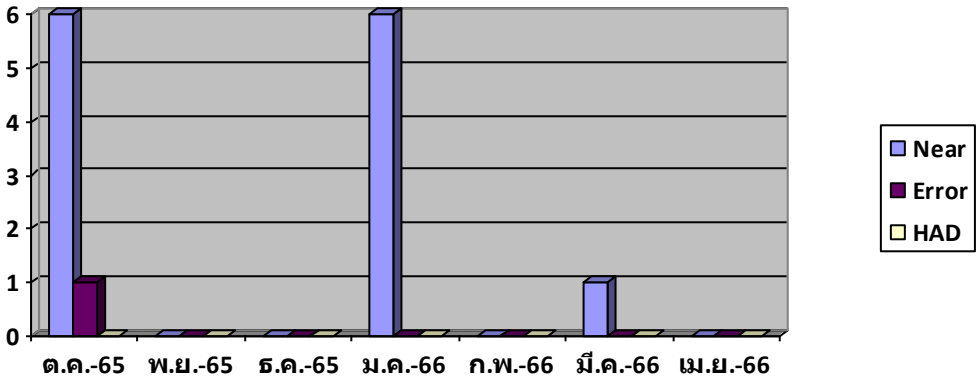
11) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงหลังแก้ปัญหา

ที่	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566							
			ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	พ.ค. 66
1	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ A-B=Near miss	<5 ครั้ง/ 1000 วันนอน	6	0	0	6	0	1	0	
2	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ C-I = Error	0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	1	0	0	0	0	0	0	
3	อัตราการคลาดเคลื่อนการบริหารยา HAD ระดับ A-I	≤ 0.5 ต่อ 1,000 visit	0	0	0	0	0	0	0	

11.1) นำเสนอกราฟผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่เกิดขึ้น ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ



ก่อนดำเนินการปรับปรุง



หลังดำเนินการปรับปรุง

11.2) สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการ (การบรรลุ/ไม่บรรลุ) เป้าหมาย ตามตัวชี้วัด และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

จากการเก็บข้อมูล พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ A-B เฉลี่ย 1.8 ครั้ง/1000 วันนอน, อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ C-I เฉลี่ย 0.14 ครั้ง/1000 วันนอน และ อัตราการคลาดเคลื่อนการบริหารยา HAD ระดับ A-I เฉลี่ย 0 ครั้ง/1000 visit พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ A-B ในเดือนตุลาคม 2565 และ เดือนมกราคม 2566 ยังเกินเป้าหมายที่กำหนด ทางหน่วยงานได้ประชุมเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความผิดพลาด ถึงแม้ว่าอัตราการคลาดเคลื่อนการบริหารยา HAD ระดับ A-I จะเป็น 0 ครั้ง/1000 visit ทางหน่วยงานจะยังเฝ้าระวังความผิดพลาดอย่างต่อเนื่อง

12) บทเรียนที่ได้รับ (ปัญหาหรือความท้าทายที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการโครงการ และวิธีการจัดการกับความท้าทายเหล่านั้น, ข้อแนะนำในสิ่งที่ควรปฏิบัติ และเหตุผลซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของเรื่องนั้น, สิ่งที่จะทำแตกต่างไปจากเดิมในคราวหน้า)

1. มีการทำงานเป็นทีม
2. มีความซื่อสัตย์ในการรายงานความผิดพลาด
3. กระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่อง

13) การพัฒนาต่อเนื่อง การป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD)

14) สิ่งที่ได้เป็นแบบอย่าง และนวัตกรรม

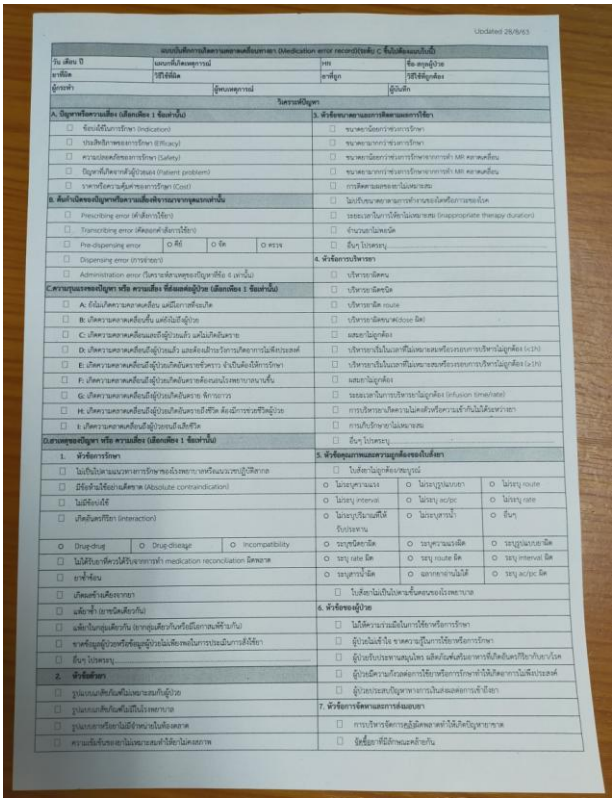
14.1) นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์/นวัตกรรมเชิงกระบวนการ ที่ได้จากการดำเนินโครงการ

- แบบบันทึกการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
- การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) บนหอผู้ป่วย

15) แผนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในอนาคต

การป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD)

หมายเหตุ: หน่วยงานสามารถตัดคำอธิบายตามฟอร์มได้ เพื่อให้เหลือเนื้อหาปัจจุบันของ CQI หน่วยงาน



Updated 28/8/63

แบบบันทึกการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error record)ประเภทที่ C ที่แก้ไขแล้วก่อนถึงผู้ป่วย

วัน เดือน ปี	แผนกที่เกิดเหตุการณ์	HN	ชื่อ สกุลผู้ป่วย
ยาที่สั่ง	วิธีที่ใช้สั่ง	ยาที่ถูก	วิธีที่ถูกต้อง
ผู้ประกอบ	ผู้พบเหตุการณ์	ผู้บันทึก	

วิเคราะห์ปัญหา

A. ปัญหาที่เกิดความเสี่ยง (เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)

- ☐ ข้อบ่งใช้ในการรักษา (Indication)
- ☐ ประสิทธิภาพของการรักษา (Efficacy)
- ☐ ความปลอดภัยของการรักษา (Safety)
- ☐ ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง (Patient problem)
- ☐ ราคาที่รัดความคุ้มค่าของการรักษา (Cost)

B. สั่งทำเนื่องจากปัญหาหรือความเสี่ยงที่ระบุมาจากกลุ่มแรกเท่านั้น

- ☐ Prescribing error (ตัวสั่งการใช้ยา)
- ☐ Transcribing error (คัดลอกคำสั่งการใช้ยา)
- ☐ Pre-dispensing error ○ ที่สั่ง ○ จัด ○ ตรวจ
- ☐ Dispensing error (การจ่ายยา)
- ☐ Administration error (วิเคราะห์ตามหลักปัญหาที่ข้อ 4 เท่านั้น)

C.ความรุนแรงของปัญหา หรือ ความเสี่ยง ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย (เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)

- ☐ A: ยังไม่เกิดความคลาดเคลื่อน แต่มีโอกาสที่จะเกิด
- ☐ B: เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
- ☐ C: เกิดความคลาดเคลื่อนและถึงผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่เกิดอันตราย
- ☐ D: เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยแล้ว และต้องมีการวิเคราะห์อาการไม่พึงประสงค์
- ☐ E: เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราว จำเป็นต้องให้การรักษา
- ☐ F: เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- ☐ G: เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยเกิดอันตราย พิการถาวร
- ☐ H: เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิต ต้องมีการช่วยชีวิตผู้ป่วย
- ☐ I: เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยตายถึงแก่ชีวิต

D.สาเหตุของปัญหา หรือ ความเสี่ยง (เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)

1. หัวข้อการรักษา

- ☐ ไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลหรือแนวทางเวชปฏิบัติ/Pharmacotherapy
- ☐ มีข้อห้ามใช้อย่างเด็ดขาด (Absolute contraindication)
- ☐ ไม่มีข้อบ่งใช้
- ☐ เกิดอันตรกิริยา (interaction)

○ Drug-drug	○ Drug-disease	○ Incompatibility

- ☐ ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับจากการทำ medication reconciliation มีหลายรายการ
- ☐ ยาซ้ำซ้อน
- ☐ เกิดผลข้างเคียงจากยา
- ☐ ผลิตซ้ำ (ยาชนิดเดียวกัน)
- ☐ ผลิตในกลุ่มเดียวกัน (ยากลุ่มเดียวกันหรือมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกัน)
- ☐ ขาดข้อมูลผู้ป่วยหรือข้อมูลผู้ป่วยไม่เพียงพอในการประเมินการสั่งใช้ยา
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. หัวข้อด้านยา

- ☐ รูปแบบผลิตภัณฑ์ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- ☐ รูปแบบผลิตภัณฑ์ไม่มีใช้ในโรงพยาบาล
- ☐ รูปแบบยาหรือยาไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด
- ☐ ความเข้มข้นของยาไม่เหมาะสมสำหรับการใช้งานในคลินิก

3. หัวข้อขนาดและการกำหนดยา

- ☐ ขนาดยาน้อยกว่าช่วงการรักษา
- ☐ ขนาดยามากกว่าช่วงการรักษา
- ☐ ขนาดยาน้อยกว่าช่วงการรักษาจากการทำ MR คลาดเคลื่อน
- ☐ ขนาดยามากกว่าช่วงการรักษาจากการทำ MR คลาดเคลื่อน
- ☐ การคัดลอกผิดจากใบสั่งยาแพทย์
- ☐ ไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไตหรือการของตับ
- ☐ ระยะเวลาในการใช้ยาไม่เหมาะสม (Inappropriate therapy duration)
- ☐ จำนวนยาไม่เหมาะสม
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. หัวข้อการบริหารยา

- ☐ บริหารยาผิดคน
- ☐ บริหารยาผิดวิธี
- ☐ บริหารยาผิดทาง/dose ผิด
- ☐ ผสมยาไม่ถูกต้อง
- ☐ บริหารยาในเวลาที่ไม่เหมาะสมหรือระยะการบริหารยาไม่ถูกต้อง (+1h)
- ☐ บริหารยาในเวลาที่ไม่เหมาะสมหรือระยะการบริหารยาไม่ถูกต้อง (-1h)
- ☐ ผสมยาไม่ถูกต้อง
- ☐ ระยะเวลาในการบริหารยาไม่ถูกต้อง (infusion time/rate)
- ☐ การบริหารยาไม่ตรงเวลาไม่คลาดเคลื่อนหรือความเร็วในไม่ได้ตามคำสั่งยา
- ☐ การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. หัวข้อคุณภาพและความถูกต้องของเอกสาร

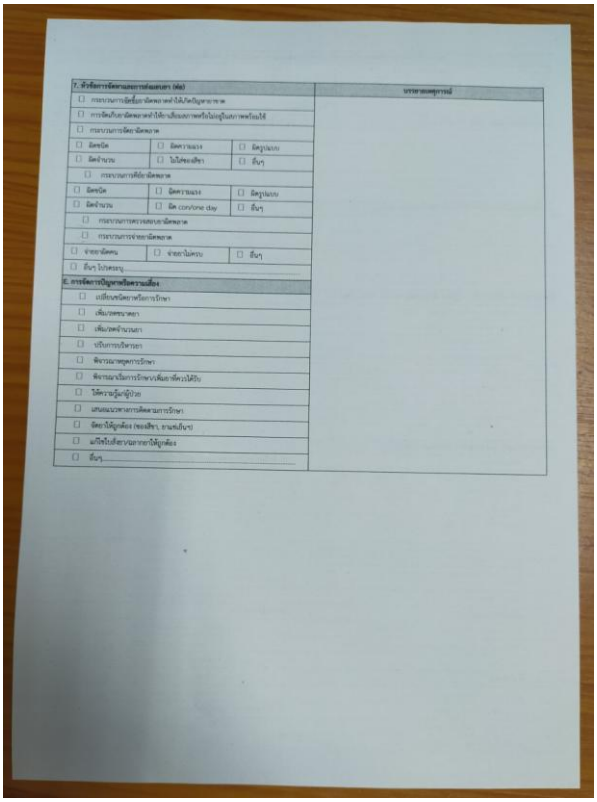
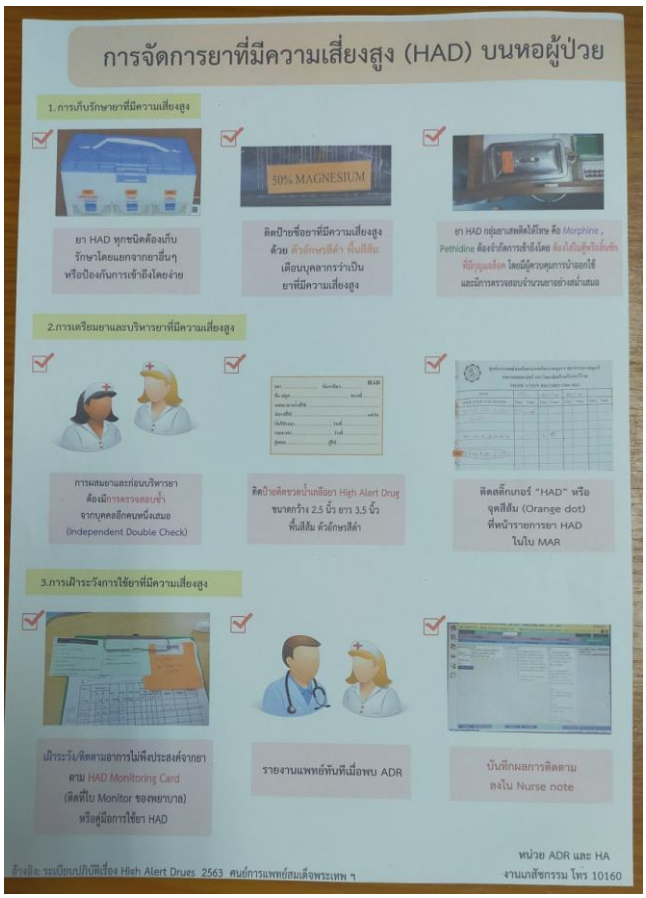
- ☐ ใบสั่งยาไม่ถูกต้องชัดเจน
- ○ ไม่ระบุความแรง ○ ไม่ระบุปริมาณยา ○ ไม่ระบุ route
- ○ ไม่ระบุ interval ○ ไม่ระบุ ac/pc ○ ไม่ระบุ rate
- ○ ไม่ระบุวิธีผสมที่ให้ชัดเจน ○ ไม่ระบุความน้ำ ○ อื่นๆ
- ○ ระบุชนิดยาผิด ○ ระบุความแรงผิด ○ ระบุปริมาณยาผิด
- ○ ระบุ rate ผิด ○ ระบุ route ผิด ○ ระบุ interval ผิด
- ○ ระบุความน้ำผิด ○ ผสมยาน้ำไม่ได้ ○ ระบุ ac/pc ผิด
- ☐ ใบสั่งยาไม่เป็นไปตามขั้นตอนของโรงพยาบาล

6. หัวข้อของผู้ป่วย

- ☐ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือการรักษา
- ☐ ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ขาดความรู้ในการใช้ยาหรือการรักษา
- ☐ ผู้ป่วยรับประทานสมุนไพร แล้วเกิดแต่ผลในการที่เกิดอันตรกิริยากับยาใหม่
- ☐ ผู้ป่วยมีความกังวลต่อการใช้ยาหรือการรักษาทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์
- ☐ ผู้ป่วยประสบปัญหาทางการเงินส่งผลต่อการเข้าถึงยา

7. หัวข้อการจัดหาและการส่งมอบยา

- ☐ การบริหารจัดการคลังยาผิดพลาดทำให้เกิดปัญหายาขาด
- ☐ มีหลายที่มีลักษณะคล้ายกัน



7. หัวข้อการจัดหาและการส่งมอบยา (ต่อ)	บรรยายเหตุการณ์
☐ กระบวนการเลือกซื้อยาผิดพลาดทำให้เกิดปัญหายาขาด	
☐ การจัดเก็บยาผิดพลาดทำให้ยาเสื่อมสภาพหรือไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้	
☐ กระบวนการจัดยาผิดพลาด	
☐ เลือกผิด ☐ เลือกผิดแรง ☐ เลือกรูปแบบ	
☐ เลือกจำนวน ☐ ไม่ได้ของเลือก ☐ อื่นๆ	
☐ กระบวนการที่ป้ายผิดพลาด	
☐ เลือกผิด ☐ เลือกผิดแรง ☐ เลือกรูปแบบ	
☐ เลือกจำนวน ☐ เลือก concrone clay ☐ อื่นๆ	
☐ กระบวนการตรวจสอบยาผิดพลาด	
☐ กระบวนการจ่ายยาผิดพลาด	
☐ จ่ายยาผิดคน ☐ จ่ายยาไม่ครบ ☐ อื่นๆ	
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....	
8. การจัดการปัญหาหรือความเสี่ยง	
☐ เปลี่ยนหรือหยุดการรักษา	
☐ เพิ่มเวลาบริหารยา	
☐ เพิ่มเวลาจำนวนยา	
☐ ปรึกษาการรักษา	
☐ พิจารณาหยุดการรักษา	
☐ พิจารณาปรึกษาการรักษาเพิ่มเติมที่ควรได้รับ	
☐ วิเคราะห์ผู้ป่วย	
☐ เสนอแนะทางการจัดการรักษา	
☐ มีหลายที่ผู้ถูกต้อง (ของเสีย, ยาหมดอายุ)	
☐ แก้ไขโดยการนำยาที่ผู้ถูกต้อง	
☐ อื่นๆ.....