



สรุปการประเมินปัจจัยสาเหตุ		
เหตุการณ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ต้องทบทวนขององค์กร /หน่วยงาน หรือไม่	<input type="checkbox"/> เกี่ยว เหตุผล : เหตุการณ์ที่ต้องทบทวน เป็นข้อตกลงที่แต่ละโรงพยาบาลกำหนดขึ้น เช่น <input type="checkbox"/> ความคาดเคลื่อนทางยา <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาตัวภายใน 48 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยว
ปัญหาที่พบเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา (ADEs)	<input type="checkbox"/> เกี่ยว <input type="checkbox"/> Potential ADEs <input type="checkbox"/> Non-Preventable ADEs	<input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยว <input type="checkbox"/> Preventable ADEs
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาเกี่ยวข้องกับยารักษาโรค	<input type="checkbox"/> เกี่ยว	<input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยว
ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	<input type="checkbox"/> ด้านผู้ป่วย (รวมถึงภาวะโรคและยา) <input type="checkbox"/> ด้านงาน <input type="checkbox"/> ด้านทีมงาน <input type="checkbox"/> ด้านปัจจัยองค์กรและการจัดการ <input type="checkbox"/> ด้านปัจจัยภายนอก <input type="checkbox"/> ด้านผู้ปฏิบัติหรือบุคลากร <input type="checkbox"/> ด้านสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของยา	<input type="checkbox"/> เกี่ยว	<input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยว
- ชนิดของความปลอดภัย (6R)	<input type="checkbox"/> ผิดคน <input type="checkbox"/> ผิดวิธีบริหาร <input type="checkbox"/> ผิดเวลา	<input type="checkbox"/> ผิดชนิดยา <input type="checkbox"/> ผิดขนาด <input type="checkbox"/> ผิดเทคนิค <input type="checkbox"/> อื่นๆ
- ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย	<input type="checkbox"/> การจัดหา <input type="checkbox"/> การจัดเก็บและความคงตัว <input type="checkbox"/> การติดตามและเฝ้าระวัง	<input type="checkbox"/> การสั่งยา <input type="checkbox"/> การกระจายยา <input type="checkbox"/> การบริหารยา
ระดับความรุนแรง (NCCMERP)	<input type="checkbox"/> A - มีโอกาสก่อให้เกิดความปลอดภัย <input type="checkbox"/> B - เกิดความปลอดภัยขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย <input type="checkbox"/> C - เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้เกิดอันตราย <input type="checkbox"/> D - เกิดความปลอดภัยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง <input type="checkbox"/> E - เกิดความปลอดภัยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต้องมีการรักษา <input type="checkbox"/> F - เกิดความปลอดภัยส่งผลให้ต้องนอนหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น <input type="checkbox"/> G - เกิดความปลอดภัยส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร <input type="checkbox"/> H - เกิดความปลอดภัยให้ต้องทำการช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> I - เกิดความปลอดภัยอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	
เป็นเหตุการณ์ที่ต้องทำการทบทวนระบบ	<input type="checkbox"/> Sentinel Event	<input type="checkbox"/> Near-miss
ผู้ประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	

สรุปสาเหตุที่แท้จริงที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา⁴

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง	การวิเคราะห์
Communication	
Availability of Info	
Environment safety/ Security	
Procedural complication	
Patient Assessment	
Care Planning	
Continuum of care	
Staffing	
Competency/Credentialing	
Orientation/Training	
Leadership	
Organization culture	
สรุปแนวทางการแก้ไขเชิงระบบ	
.....	
.....	
.....	
ผู้วิเคราะห์	

จากปัจจัยสาเหตุของอุบัติการณ์ด้านคลินิก สามารถนำมาประมวลบางปัจจัยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันเข้าด้วยกัน ทั้งนี้ สามารถที่จะใช้สาเหตุที่แท้จริงของ Joint commission เป็นแนวทางในการจัดกลุ่ม ซึ่งจะประกอบด้วย 12 ประเด็นตามตารางข้างบน

⁴ Joint Commission



(ตัวอย่าง)

รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความคลาดเคลื่อนด้านยาผู้ป่วยใน
เดือน.....พ.ศ.

จำนวนวันนอนเฉลี่ยวัน
 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพรินราย
 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Warfarin Overdoseราย
 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Stokeราย
 จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วย Vitamin Kราย
 จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วย FFPราย

	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามทั้งหมด				
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา				
Potential ADE				
Preventable ADE				
Medication Error				
ระดับความรุนแรง				
A-B				
C-E				
F-G				
H				
I				
เหตุการณ์ที่ต้องทำการทบทวน				
ปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้อง				
1. Communication				
2. Availability of Info				
3. Environment safety/ Security				
4. Procedural complication				
5. Patient Assessment				
6. Care Planning				
7. Continuum of care				
8. Staffing				
9. Competency/Credentialing				
10. Orientation/Training				
11. Leadership				
12. Organization culture				

คณะทำงานพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ เกสัชกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

1. นายกิตติ พิทักษ์นิตินันท์	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	ที่ปรึกษา
2. นางนิภาพร บุญตรารักษพงศ์	โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์	ประธานคณะทำงาน
3. นางอนุสรา ว่องวัฒนโรจน์	โรงพยาบาลลำปาง	คณะทำงาน
4. นางวนิดา นิมิตรพรชัย	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	คณะทำงาน
5. นางสาวมนชยา ศิริอังกาวุธ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	คณะทำงาน
6. นางสาวสุภาวดี อยู่ศิริ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	คณะทำงาน
7. นายวานิช คำพุด	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงาน
8. นายณพวงศ์ ยังดำรง	โรงพยาบาลพระพุทธบาท	คณะทำงาน
9. นางสาวอรุณี คำดี	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	คณะทำงาน
10. นายอดิศักดิ์ ถมอุตทา	โรงพยาบาลมหาสารคาม	คณะทำงาน
11. นางสาวธัญดา สุวรรณปัญญา	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
12. นางสาววัชรินทร์ยา วรชัย	โรงพยาบาลชัยภูมิ	คณะทำงาน
13. นางสาวดวงตา ผลากรกุล	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
14. นางภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
15. นางสาวพรพิมล จันทร์คุณภาส	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
16. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
17. นางสาววรรณัดดา ศรีสุพรรณ	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
18. นางสุภารัตน์ วัฒนสมบัติ	โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์	คณะทำงาน และเลขานุการ
19. นางอมรรัตน์ แสงไธสง	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
20. นายประมณัส ตุ่มทอง	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

