



แบบฟอร์ม สรุปผลการ Root Cause Analysis  
งานคุ้มครองผู้รับบริการและควบคุมคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล

F-WI-RH-CQ-104/06, Rev.02

ส่วนที่ 1 ปัญหา / โอกาสพัฒนา เลขที่ IOR/CCR..... / วันที่ .....

.....

.....

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา / สาเหตุ / แนวทางแก้ไขป้องกัน

สาเหตุของปัญหา .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ดำเนินการแล้วเสร็จ     คาดว่าจะดำเนินการเสร็จภายในวันที่ .....     ไม่สามารถดำเนินการได้ในหน่วยงาน

(ลงนาม) ..... (ลงนาม) .....

(.....) (.....)

ตำแหน่ง ..... ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... วันที่ .....

ความเห็นหัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าฝ่าย.....

.....

.....

(ลงนาม) .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

ส่วนที่ 3 สำหรับ หัวหน้างานคุ้มครองผู้รับบริการและควบคุมคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล

(ลงนาม)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี

(ลงนาม)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....