

## บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)



**หัวข้อวิจัย :** ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจัดเตรียมยาของแผนกผู้ป่วยนอกรพ.ครบุรี

**โดย:** นศพ.บุษกร ไพศาลโรจนรัตน์  
 นศพ.ปิยวรรณ แสนเกษม  
 นศพ.ศุทธิณี เสงห์ประสพโชค  
 นศพ.ผณิตพร ธัญวิริยะ  
 รพช.ครบุรี กลุ่มที่ 9 ปีการศึกษา 2554

### ความเป็นมา:

จากการสังเกตขณะปฏิบัติงานที่ OPD พบว่า ระบบการจ่ายยาโดยใช้คอมพิวเตอร์ทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย และที่ ER พบว่ามีการจ่ายยาจากห้องยาที่ผิดพลาดบ่อยครั้ง ซึ่งเมื่อทางกลุ่มได้ไปสอบถามจากเภสัชกรที่ห้องยาแล้วพบว่ามีเหตุการณ์ Medication error บ่อยมากขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้จากการทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลครบุรีพบว่า ในช่วง 2550-2554 ยังคงมีอุบัติการณ์ของ Medication error สูงกว่าตัวชี้วัดของรพ.อีกด้วย

### วัตถุประสงค์:

- เพื่อศึกษาประเภทและอัตราของความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการให้บริการในโรงพยาบาลครบุรี
- เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ
- เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ และพัฒนาระบบการตรวจสอบและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา

## วิธีการศึกษา:

- Retrospective study of previously enrolled data
- Cross-sectional descriptive study
- Observational Study
- In-depth Interview

## ผลการศึกษา

### 1. เพื่อศึกษาประเภทและอัตราของความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการให้บริการในโรงพยาบาลครบุรี

#### จาก: Retrospective study of previously enrolled data – Documentary review

- ตั้งแต่ปี 2550 ถึง 2554 พบว่า % Medication error มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยส่วนใหญ่พบว่า ความผิดพลาดเกิดจากขั้นตอน dispensing มากที่สุด (ยกเว้นในปีงบประมาณ 2554)
- แนวโน้ม % medication error ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดขั้นตอน Prescribing ในปี 2552 - 2554 มีแนวโน้มพอกๆเดิม
- แนวโน้ม % medication error ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดขั้นตอน Dispensing ในปี 2550 - 2554 มีแนวโน้มลดลง
- ในปี 2553 พบว่าการเกิด Medication error รวมแผนก OPD & IPD มีสาเหตุจาก “ผิด Dose” มากที่สุด
- ในปี 2553 พบว่าการเกิด Medication error ในแผนก OPD มีสาเหตุจาก “ผิดคน” มากที่สุด
- พบว่าการเกิด Medication error ในแผนก OPD เกิดที่ ห้องจ่ายยาแผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด
- Prescribing error
  - = 0.22% ของใบสั่งยาทั้งหมดในปีงบประมาณ 2553
  - = 39.65% ของ total Med error- OPD (ลำดับที่2)
  - M/C Cause : ผิดคน
- Dispensing error
  - = 0.33% ของใบสั่งยาทั้งหมดในปีงบประมาณ 2553
  - = 59.4% ของ total Med error – OPD (ลำดับที่1)
  - M/C Cause : ผิดคน

- Administer error  
= 0.01% ของใบสั่งยาทั้งหมดในปีงบประมาณ 2553  
= 0.95% ของ total Med error - OPD (ลำดับที่ 3)  
M/C Cause : ผิดชนิด, ผิด Dose

- ในปี 2554 ยังไม่พบการเกิด Medication error ใน category G – I

## 2. เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ

จาก: Participatory observation

In depth interview

Survey

### ข้อค้นพบจากการ Observation

- ยังไม่มีระบบการจับเก็บข้อมูล Medication Error ที่ดี หากพบข้อผิดพลาด เภสัชกรจะเป็นผู้บันทึกเขียนเองในช่วงที่ว่างแล้ว ขณะพบความคลาดเคลื่อนในขณะจ่ายยา เภสัชกรแยกใบยาไว้ต่างหาก จำข้อผิดพลาด แล้วค่อยนำกลับมาบันทึกลงในสมุดเมื่อว่างแล้ว
- หากพบความคลาดเคลื่อนในช่วงการ Recheck บางครั้งไม่ถูกบันทึกเป็น Medication error report ระหว่างการสังเกตการณ์พบมีรายหนึ่งที่ลืมจัดยาในช่อง 1 ช่อง แต่ไม่ได้ถูกบันทึกข้อผิดพลาดไว้
- การเรียงยาตามลำดับอักษร บางครั้งเสี่ยงต่อการหยิบผิด เช่น กลุ่มยาลดความดัน Amlodipine 5 mg กับ Atenolol 50 mg
- การจัดเก็บยาบางชนิด ไม่มีการแปะป้ายชื่อไว้ชัดเจน เช่น ยา Simvastatin 10 mg, 40 mg
- การติดสลากยาลงบนซอง จะแยกว่าเป็นซองใส หรือซองกันแสง ไม่ได้มีเขียนบอกชัดเจน เจ้าหน้าที่คัดแยกเองโดยอาศัยประสบการณ์
- การลงบันทึกประวัติการแพ้ยาลงคอมพิวเตอร์ยังไม่ชัดเจน??
- การทำบัตรแพ้ยา - กรณีทำบัตรใหม่
- ผู้ป่วยไม่ทราบประวัติแพ้ยา - ชนิดยา

### ข้อค้นพบจากการ In depth interview

- จัดยาผิดชนิด เนื่องจาก ตัวอักษรตัวแรกเหมือนกัน, ลักษณะภายนอกคล้ายๆกัน, กล่องยาอยู่ใกล้กัน มีการเปลี่ยนยาจากบริษัทใหม่ ทำให้รู้ปลั๊กษณภายนอกของยาผิดไปจากเดิม เกิดความผิดพลาดได้ แต่ว่าถ้ามีการนำยาใหม่เข้ามา ทางห้องยาที่จะจัดประชุมชี้แจงกันอยู่แล้ว
- จัดยาไม่ครบจำนวนเม็ด
- จัดยาไม่ครบตรงกับแพทย์สั่ง
- จัดยาให้ผิดคน
- การแยกใบ sticker orderรวม ใส่ผิดตะกร้า ทำให้ไม่ตรงกับชื่อยาบ้าง แต่พบไม่บ่อย
- การคีย์ยาลงในระบบคอมพิวเตอร์ ขนาดยาหรือชนิดยาผิด การสั่งยาที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ สั่งยาไม่พอกับจำนวนวันที่จะให้ โดยเฉพาะยาน้ำ
- ห้องฉุกเฉินขอยาไปใช้ก่อนไปใช้ก่อน บางครั้งเป็นการเดินมาเอายา สั่งด้วยปากเปล่า แล้วจึงจดลงกระดาษ อาจมีการสื่อสารที่ผิดพลาดได้
- ความเร่งด่วนในการจัดยา ในช่วงประมาณ 11 โมง จำนวนผู้ป่วยรอรับยามีปริมาณมากขึ้น ช่วงเวลานี้จึงต้องเร่งการจัดจ่ายยาให้เร็วขึ้น ความผิดพลาดจึงเกิดขึ้นได้มาก
- ความผิดพลาดที่ถูกตรวจพบในตำแหน่ง Check ยา ไม่ได้รับการบันทึกลงในแบบฟอร์ม Medication error ของทางห้องยา
- คิดว่าจำนวนเจ้าหน้าที่น้อยเกินไป
- ยังไม่ได้มีการจัดประชุมวาระทบทวน Med error อย่างจริงจัง ปัจจุบันมีแค่การจัดประชุมฝ่ายห้องยาซึ่งจัดสองเดือนครั้ง หัวข้อการประชุมเป็นเรื่องประกาศต่างๆไป และทบทวนข้อมูลเวลามี Hospital accreditation

### สรุปผลการศึกษาข้อมูลจากการศึกษาในส่วน Participatory observation, In depth interview

- ในขั้นตอน Dispensing error ข้อผิดพลาดที่พบมากที่สุด ได้แก่ การจัดยาผิดชนิด, จำนวนยาผิด และการจัดยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง

- ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในขั้นตอน Dispensing error มักถูก detect ได้โดยเภสัชกรก่อนที่จะจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย ถ้าหากเภสัชกรไม่สามารถ detect เรื่อง medication error ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยก็จะได้รับยาที่ไม่ถูกต้องกลับบ้านไป มีบางครั้งที่ผู้ป่วยนำยากลับมาคืนเอง

### สรุปผลการศึกษาข้อมูลจากการศึกษาในส่วน Survey – Administer error

- เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกพรช.ครบบุรี จำนวน 35 ราย ในวันที่ 9 พ.ย. 54 เวลา 9:00-12:00 น.
- ส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลอายุระหว่าง 41-60 ปี ( 49% , N=17)
- ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพทำไร่นา (46 % , N = 16)
- ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลอ่านหนังสือออก (77%, N=27)
- จากการสำรวจพบว่าการจ่ายยาจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก มีความถูกต้อง 100% (N=35) ทั้งชนิด จำนวน และไม่มีการจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้
- ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทราบผลวินิจฉัยโรค (69%, N=24)
- ผู้ให้ข้อมูลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับชนิดและวิธีการใช้ยาทุกคน (100%, N=35) แต่มีผู้ตอบว่าได้รับคำแนะนำเรื่องผลข้างเคียงยาเพียง 23 % (N=8)
- ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทราบชนิดยาที่ได้รับ (83%, N=29) และสามารถบอกวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องได้ (80%, N=28)

### ข้อเสนอแนะ

1. สื่อสารให้บุคลากรในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญและตระหนักเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาโดย
  - 1.1 หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานชี้แจงให้บุคลากรในหน่วยงานมีความตระหนักในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา และกระตุ้นให้บุคลากรรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา
  - 1.2 มีการแจ้งกลับเกี่ยวกับข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  - 1.3 นำเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยามาทบทวนและวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกัน
  - 1.4 จัดโครงการเพื่อให้บุคลากรเสนอผลงานเกี่ยวกับนวัตกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบยาในโรงพยาบาลแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบยา และส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานในรพ.ที่มีความสำเร็จในการจัดการเรื่องการลดความคลาดเคลื่อนทางยา

- 2.1 จัดอบรมเกี่ยวกับระบบยาและนโยบายเกี่ยวกับระบบยาให้แก่บุคลากรใหม่
- 2.2 จัดอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับยาและความคลาดเคลื่อนทางยาให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ
- 2.3 จัดทำเอกสารให้ความรู้และข้อควรระวังเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้บุคลากรเกิดความระมัดระวัง
3. มีการกำหนดนโยบายต่างๆเกี่ยวกับระบบยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
  - 3.1 นำข้อมูลเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาเสนอต่อคณะกรรมการเกี่ยวกับระบบยาเพื่อนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและกำหนดเป็นนโยบายต่างๆเกี่ยวกับระบบยา
  - 3.2 ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายด้านยาให้กับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หัวหน้างาน
  - 3.3 มีการจัดประชุมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการบริหารยา
  - 3.4 หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หัวหน้างาน นำนโยบายด้านยาและข้อตกลงในการบริหารยามาชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ
  - 3.5 ให้แต่ละหน่วยงานจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา
4. พัฒนาระบบข้อมูลด้านยาที่สำคัญให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาขณะสั่งยา จ่ายยา หรือให้ยา และพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
  - รวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดบ่อยและหาแนวทางเพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานได้ง่ายขึ้นและช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น
    - จัดทำ protocols, guidelines, dosing scale, checklists ของยาที่ต้องระมัดระวังสูงให้พร้อมใช้
    - พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถตรวจสอบขนาดยาที่สูงเกิน maximum dose หรือต่ำกว่า minimum dose และมีสัญญาณเตือนให้บุคลากรทราบได้
    - พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถแจ้งเตือน (computerized alert or pop-up alert) ขณะป้อนข้อมูลชื่อยาเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากความสับสนเรื่องชื่อยา “LASA” รูปแบบยาและป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ
5. พัฒนาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาให้มีการรายงานผ่านระบบคอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล โดย
  - 5.1 ประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลเพื่อวางแผนรูปแบบในการเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูล
  - 5.2 ประสานงานกับคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล หรือให้มีการใช้แบบบันทึกการเกิด Medication error ที่ชัดเจน มีการบันทึกวัน เวลาที่เกิดเหตุการณ์ รายละเอียดของการเกิดเหตุการณ์ บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียดแต่ต้องใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถ

ให้พนักงานจัดยา หรือเจ้าหน้าที่เภสัชกรหรือเภสัชกรหรือบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ได้ (ตัวอย่าง อยู่ในภาคผนวก)

## ภาคผนวก

### ✓ Review literature

"A medication error is any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the health care professional, patient, or consumer. Such events may be related to professional practice, health care products, procedures, and systems, including prescribing; order communication; product labeling, packaging, and nomenclature; compounding; dispensing; distribution; administration; education; monitoring; and use."

### ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา จำแนกตามแต่ละส่วนของกระบวนการใช้ยา

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ( prescribing error )
2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา ( transcribing error )
3. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา-จ่ายยา  
( pre-dispensing error & dispensing error )
4. ความคลาดเคลื่อนในการให้หรือบริหารยา ( administration error )

### ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาตามระดับความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

ไม่มีความคลาดเคลื่อน

- Category A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย

- Category B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย
- Category C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว



- Category D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

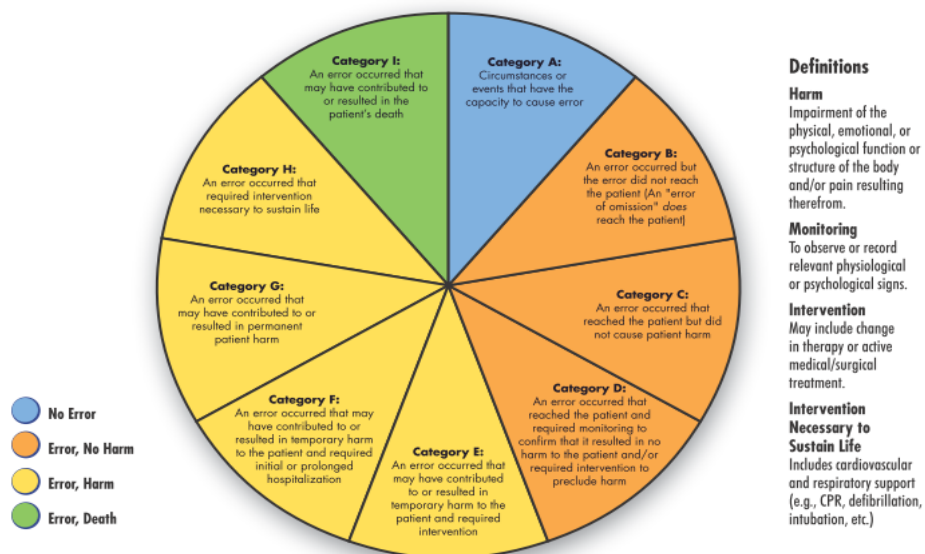
มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย

- Category E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
- Category F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
- Category G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
- Category H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต

- Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต โดย NCC MERP (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention)

### NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors



## ✓ ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ได้แก่

1. การไม่ได้ตรวจสอบซ้ำในแต่ละขั้นตอนที่ปฏิบัติงานบริการจ่ายยา
2. การไม่สามารถสร้างสมาธิในขณะที่ปฏิบัติงานได้ หรือมีการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอกขณะปฏิบัติงาน เช่น เสียงดังจากการปรับปรุงอาคาร
3. การปฏิบัติงานติดขัด ไม่สิ้นไหล เช่น ผู้ป่วยมารับบริการพร้อมๆกันในเวลาเดียวกัน
4. รูปแบบหรือวิธีการจัดเรียงยาบนชั้นวางยาไม่เหมาะสม เช่น การวางยาที่มีชื่อยา/ชื่อการค้า ลักษณะเม็ดยา ความแรงและบรรจุภัณฑ์คล้ายกันให้อยู่ใกล้กัน
5. การละเลย ไม่ทราบความสำคัญของการปฏิบัติงานตามขั้นตอน และระเบียบปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ในงานบริการจ่ายยา
6. ไม่มีบุคลากรปฏิบัติงานทดแทน กรณีบุคลากรลางาน หรือติดราชการ บุคลากรหนึ่งคนจึงต้องรับผิดชอบมากกว่าหนึ่งหน้าที่

จาก: ศูนย์ข้อมูลทางวิชาการสถาบันราชานุกูล

## ✓ ตัวอย่างแบบฟอร์มบันทึก Medication error



## แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

ชื่อผู้รายงาน (เภสัชกร, แพทย์, พยาบาล) \_\_\_\_\_ สถานพยาบาล \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์/e-mail \_\_\_\_\_

วันเดือนปีและเวลาที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น _____	
กรุณาระบายความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น _____ _____ _____	
<b>ผลลัพธ์</b> คัดผู้ป่วย (ดูความหมายข้างหลัง) Category: A B C D E F G H I	<b>สาเหตุ</b> ของความคลาดเคลื่อนทางยา: เกิดจาก (เลือกได้ $\geq 1$ ข้อ) <b>1. การคิดข้อผิดพลาด</b> <input type="checkbox"/> ตีความจา <input type="checkbox"/> การคัดลอก/แปลคำสั่งใช้ยามิด <input type="checkbox"/> การเขียนคำสั่งใช้ยา <input type="checkbox"/> อ่านลายมือไม่ออก <input type="checkbox"/> ใช้ตัวย่อไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ใช้หน่วยมิด <input type="checkbox"/> มีศูนย์หลังจุดทศนิยม <input type="checkbox"/> มีศูนย์หน้าตัวเลข <input type="checkbox"/> ไม่มีจุดทศนิยม <input type="checkbox"/> อ่านมิด
<b>ชนิด</b> ของความคลาดเคลื่อนทางยา <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย (ไม่รวมเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา) <input type="checkbox"/> ขนาดยา <input type="checkbox"/> มากไป <input type="checkbox"/> น้อยไป <input type="checkbox"/> ความแรงหรือความเข้มข้นของยา <input type="checkbox"/> มากไป <input type="checkbox"/> น้อยไป <input type="checkbox"/> ยามีชนิด <input type="checkbox"/> รูปแบบยามิด <input type="checkbox"/> เทคนิคการให้ยามิด <input type="checkbox"/> วิธีทางให้ยามิด <input type="checkbox"/> อัตราการให้ยามิด <input type="checkbox"/> เร็วไป <input type="checkbox"/> ช้าไป <input type="checkbox"/> ระยะเวลาในการให้ยามิด <input type="checkbox"/> ยาวไป <input type="checkbox"/> สั้นไป <input type="checkbox"/> ให้ยาแก่ผู้ป่วยผิดเวลา <input type="checkbox"/> ให้ยามิดคน (ผู้ป่วย) <input type="checkbox"/> การติดตามผู้ป่วยไม่เหมาะสมทำให้เกิด <input type="checkbox"/> ปฏิบัติระหว่างยา <input type="checkbox"/> ให้รับยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ <input type="checkbox"/> ได้รับยาหมดอายุ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____	<b>2. ชื่อลักษณะของยาทำให้สับสน</b> <input type="checkbox"/> ชื่อออกเสียงคล้ายกัน คือ _____ กับ _____ <input type="checkbox"/> ภาชนะบรรจุคล้ายกัน คือ _____ กับ _____ <input type="checkbox"/> ลักษณะสีคล้ายกัน คือ _____ กับ _____ <b>3. ฉลากยา</b> <input type="checkbox"/> ฉลากจากบริษัทคล้ายกัน คือ _____ กับ _____ <input type="checkbox"/> ฉลากยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> คำแนะนำในการให้ยามิด <input type="checkbox"/> คำแนะนำในการใช้ยาไม่ครบ <input type="checkbox"/> ชื่อยามิด <input type="checkbox"/> ขนาดยามิด <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมิดคน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____
<b>ยา ชนิดที่ 1 ที่เกี่ยวข้อง</b> ชื่อการค้ายา _____ ชื่อสามัญทางยา _____ รูปแบบยา _____ ความแรง/ความเข้มข้น _____ ขนาดบรรจุ _____ บริษัทผู้ผลิต _____	<b>4. บุคลากร</b> <input type="checkbox"/> ขาดความรู้ <input type="checkbox"/> การปฏิบัติงานบกพร่อง <input type="checkbox"/> ตำแหน่งขนาดยาหรืออัตราการให้ยามิด <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์ผิดพลาด <input type="checkbox"/> การเตรียมยามิดพลาด <input type="checkbox"/> คัดลอกคำสั่งใช้ยามิด <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____
<b>ยา ชนิดที่ 2 ที่เกี่ยวข้อง</b> ชื่อการค้ายา _____ ชื่อสามัญทางยา _____ รูปแบบยา _____ ความแรง/ความเข้มข้น _____ ขนาดบรรจุ _____ บริษัทผู้ผลิต _____	<b>5. ปัจจัยส่งเสริมเชิงระบบ</b> <input type="checkbox"/> แสงสว่าง เสียงรบกวน <input type="checkbox"/> การจัดจังหวัด <input type="checkbox"/> การฝึกอบรม <input type="checkbox"/> บุคลากรไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> ระบบการสื่อสารระหว่างบุคลากรไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ทัศนียภาพ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____

## แบบรายงานความคลาดเคลื่อนในการบริหาร/สารน้ำ (Administration Error)

พหุผู้ป่วย .....

ข้อมูลประจำเดือน ..... ปี .....

ชนิดความคลาดเคลื่อนที่ภา \* ใ้กรูมระบุชื่อยา/รายละเอียดเพิ่มเติม

วันที่	เวร	ผิดคน	ผิดชนิด*	ผิดขนาด*	ผิดเวลา	ผิดวิธี/ ตำแหน่ง	ผิดรูปแบบ*	ผิดเทคนิค*	ผิดปกติ	ผิดอัตราเร็ว	ให้ยาexp/ เสื่อมสภาพ	บันทึก/คัดลอกผิด	ให้ยาที่มีประวัติแพ้/- มีข้อห้ามใช้	อื่นๆ	ระดับความรุนแรง	รายละเอียด

<b>แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา / สารน้ำ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี</b> ( Medication Error )	งานบริหารความเสี่ยง เลขที่..... วันที่..... ผู้รับ.....
หน่วยงาน..... ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN..... <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD หอผู้ป่วย..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....	

ตอนที่ 1 ชั้นตอนการสั่งจ่ายยา (Prescribing error)	ตอนที่ 2 ชั้นตอนการจ่าย / จัดยา (Dispensing error)	ตอนที่ 3 ชั้นตอนการบริหารยา (Administration error)
ประเภทความคลาดเคลื่อน	ประเภทความคลาดเคลื่อน	ประเภทความคลาดเคลื่อน
1.1 สั่งจ่ายยามิดคน	2.1 จ่ายยามิดคน	3.1 ให้อาามิดคน
1.2 สั่งจ่ายยามิดชนิด	2.2 จ่ายยามิดชนิด	3.2 ให้อาามิดชนิด
1.3 สั่งจ่ายยามิดความแรง	2.3 จ่ายยามิดความแรง	3.3 ให้อาามิดขนาด
1.4 สั่งจ่ายยามิดรูปแบบ	2.4 จ่ายยามิดรูปแบบ	3.4 ให้อาามิดเวลา
1.5 สั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน	2.5 จ่ายยาซ้ำซ้อน	3.5 ให้อาามิดวิธี / ตำแหน่ง
1.6 สั่งจ่ายยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน	2.6 จ่ายยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน	3.6 ให้อาามิดรูปแบบ
1.7 สั่งจ่ายยาที่มีประวัติการแพ้หรือมีข้อห้ามใช้	2.7 จ่ายยาที่มีประวัติการแพ้หรือมีข้อห้ามใช้	3.7 ให้อาามิดที่มีประวัติการแพ้ หรือมีข้อห้ามใช้
1.8 ความไม่ชัดเจนของใบสั่งยา	2.8 จ่ายยาไม่ครบ / เกิน	3.8 ให้อาามิดเทคนิค
ชื่อยา	2.9 จ่ายยาเสื่อมสภาพ	3.9 ผู้ป่วยไม่ได้รับยา
ความแรง	2.10 อื่น ๆ ระบุ.....	3.10 ให้อาามิดอัตราเร็วจนเกิด Side - effect
วิธีใช้		3.11 ให้อาามิด expire / เสื่อมสภาพ
รูปแบบ		3.12 อื่นๆ เช่นผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการ รับประทานยา
อักษรย่อไม่เป็นสากล		
1.9 อื่นๆ ระบุ.....		
		ตอนที่ 4 ชั้นตอนการบันทึก และคัดลอกคำสั่งใช้ยา
		ตอนที่ 5 ความคลาดเคลื่อน ทางยาอื่นๆ

ระบุระดับความรุนแรง										SENTINEL	
0	1	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	2.4	3	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

SENTINEL หมายถึง ระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 2.1 ขึ้นไป และต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ที่เหลือรายงานสิ้นเดือน

**ความหมายระดับความรุนแรง**

0 ไม่มีผิดพลาด แต่มีโอกาสที่จะผิดพลาด 1.1 เกิดความผิดพลาดถึงคน แต่ไม่ถึงคน (0-1.1 ให้เขียนใบใบสรุป AE และส่งศูนย์ HA ทุกสิ้นเดือน) 1.2 เกิดความผิดพลาดถึงคน แต่ไม่ได้รับอันตราย 1.3 เกิดความผิดพลาดถึงคน และต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้อมั่นใจ ว่าไม่เกิดอันตรายแก่คน และ / หรือต้องการบำบัดรักษา (1.2-1.3 ให้เขียนใบ AE ส่งศูนย์ HA ทุกวันพุธ)	2.1 เกิดความผิดพลาดถึงคน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา 2.2 เกิดความผิดพลาดถึงคน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 2.3 เกิดความผิดพลาดถึงคน ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร 2.4 เกิดความผิดพลาดถึงคน และส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต 3 เกิดความผิดพลาดถึงตาย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (2.1 ขึ้นไป ให้เขียนใบ AE ส่งศูนย์ HA ภายใน 24 ชม. และนอกเวลาราชการ ส่งให้ กับเวรตรวจการ)
---	---