

Risk registerโรงพยาบาลปากพนัง ปี 2562.-2563

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
	20 พ.ย. 2562	Dispensing error (IPD)	จ่ายยาผิดชนิด ผิดจำนวน ผิดวิธีใช้ยา ผิดคน ผิดความแรง ผิดวิธีการ บริหารยา ผิดขนาดยา จากที่แพทย์สั่ง	ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	20 พ.ย. 2562	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการ double check ก่อนจ่ายยา - ผู้รับคำสั่งใช้ยา จัดยา และจ่ายยาเป็นคนเดียวกัน - รูปแบบยาค้ายกัน - เกิดจากการรับคำสั่งใช้ยาผิด เนื่องจากไม่คุ้นชินกับลายมือแพทย์ - ไม่ได้จ่ายยาโดยเทียบกับ copy order ซ้ำ - ส่วนใหญ่เกิดในช่วงเวลาเร่งรีบ มีผู้ป่วย admit / D/C เป็นจำนวนมาก หรือมีผู้ป่วยนอนในเตียงมาก 	4 (15)	1(B)	4	1 ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ เรื่องการจ่ายยา โดยมีการตรวจสอบที่เป็นระบบทุกขั้นตอน เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบชื่อยา ขนาดยา ความแรง จำนวนยา ที่แพทย์สั่ง - ใช้คำถามหลัก prime question ในการจ่ายยา - double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้ง - คนรับคำสั่งใช้ยากับคนจัดยาหรือคนจ่ายยา ต้องเป็นคนละคนกัน 	Dispensing Error		
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	ต.ค.62	<ul style="list-style-type: none"> -จ่ายยาผิดชนิด แพทย์สั่งยา domperidone จ่ายเป็น dimenhydrinate (เวร เสาร์ -อาทิตย์) สาเหตุ 	5	2	10	<ul style="list-style-type: none"> - double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้ง 	Dispensing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	ต.ค.62	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา 	5	2	10	<p>ตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet</p> <p>พบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดย double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้งโดยตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet</p>	Dispensing Error		
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	ต.ค.62	<p>-จ่ายยาผิดชนิด แพทย์สั่งยา cpmจ่ายเป็น domperidone (เวร เสาร์ -อาทิตย์) สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดการตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา 	5	2	10	<p>พบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดย double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้งโดยตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet</p>	Dispensing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	15 พ.ย. 62	<p>-จ่ายยาเกินรายการ ผู้ป่วยมียาเดิมหลายรายการ แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ยาเดิม Deanxit ห้องยาพิมพ์ผลลากยา และจ่ายยาไปใน ward (เวนด์ติก)</p> <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เวนด์ติกคัดลอกรายการที่แพทย์สั่งผิด โดยคัดลอกในส่วน Progress note ที่เภสัชกร เขียนรายการยาเดิมเอาไว้ - จัดยา จ่ายยาเอง ขาดการตรวจสอบซ้ำ - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา 	5	2	10	<p>1 ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการรับคำสั่งการใช้ยา โดยรับคำสั่งใช้ยาในส่วนที่เป็น order for continue / order for one day</p> <p>2 ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดย double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้งโดยตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet</p> <p>เพิ่ม</p> <p>3 กรณีเวนต์ติก ให้ตรวจสอบยาซ้ำกับ doctor order sheet 2 รอบก่อนการจ่ายยา</p>	Dispensing Error			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	19 พ.ย. 62	<p>จ่ายยาเกินรายการแพทย์ review order ใหม่ ไม่ได้สั่งยา Atrovastatin แล้ว ห้องยาพิมพ์ฉลากยา จัดยา และจ่ายยาไปใน ward</p> <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดยา จ่ายยาเอง ขาดการตรวจสอบซ้ำ - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา 	5	2	10	<p>4 กรณีเวรตึกให้เจ้าหน้าที่ห้องยาถ่ายภาพยาที่จ่าย คู่ order แพทย์ให้เภสัชกรเวรเข้าตรวจสอบซ้ำ</p> <p>1 ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการรับคำสั่งการใช้ยา โดยเพิ่ม กรณีแพทย์ review order มียาหลายรายการให้พิมพ์ PMP ใหม่ เพื่อให้สามารถตรวจสอบรายการยาได้ง่ายขึ้น</p> <p>2 ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดย double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้งโดย</p>	Dispensing Error		
								5	2	10				

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	7 ม.ค. 63	-จ่ายยาผิดชนิด แพทย์สั่งยา Drotaverine ห่องยาอ่านลายมือแพทย์ผิด เป็น diclofenac รับคำสั่งผิดเป็น diclofenac จัดยาและจ่ายยาเป็น diclofenac สาเหตุ - อ่านลายมือแพทย์ผิด - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา	5	2	10	ตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet	Dispensing Error		
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	มิ.ย.63	-จ่ายยาไม่ครบจำนวน ผู้ป่วยมียาเดิม นำยาเดิมมาแล้ว D/C ไม่ได้ให้ยาเดิม ผู้ป่วยกลับบ้าน สาเหตุ : เกสซ์กรผู้จ่ายยาไม่ทราบว่าผู้ป่วยนำยาเดิมมาแล้ว				ตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet	Dispensing Error	นำยาคืนให้ผู้ป่วยที่บ้าน	
							พบทวนแนวทางการจัดการกับยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมา 1กรณีผู้ป่วยนำยาเดิมมาขึ้นที่ห้องยา ให้เจ้าหน้าที่รับยาเดิมและพิมพ์ลงในโปรแกรม HOX-XP "ยาเดิมผู้ป่วยนำมาแล้ว"							

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	มี.ย.63	-จ่ายยาซ้ำซ้อน แพทย์มี order เดิมคือ ceftriazone inj อยู่แล้ว แพทย์สั่งยาซ้ำ ห้องยาจ่ายยาให้ซ้ำ สาเหตุ - เภสัชกรผู้รับคำสั่งใช้ยา ไม่ได้ตรวจสอบรายการยาที่แพทย์สั่งใหม่ กับรายการยาเดิมที่มีอยู่	5	2	10	2. ก่อนจ่ายยา ให้ดูรายการยาเดิมผู้ป่วยทุกครั้ง (ตรวจสอบทุกครั้งว่าผู้ป่วยนำยาเดิมมาแล้วหรือไม่) 3. กรณีผู้ป่วยนำยาเดิมมาแล้ว ให้นำยาเดิมผู้ป่วยจัดและคืนให้ผู้ป่วย พบทวนการรับคำสั่งใช้ยา - ตรวจสอบรายการยาที่แพทย์ order ใหม่ กับรายการยาใน	การติดตาม			
											Dispensing Error				

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	ก.ค.63	<ul style="list-style-type: none"> ไม่ได้จ่ายยา methergin สาเหตุ เป็นใบเบิกยาคืนจากห้องคลอด เจ้าหน้าที่ห้องยาดูรายการยาไม่ครบถ้วน จ่ายยาผิดวิธีใช้ยา แพทย์สั่ง allopurinol 1X1 pc พิมพ์ยาจ่ายยาเป็น 1X3 pc 	5	2	10	PMP ทุกครั้ง ก่อนการสั่งพิมพ์ผลลากยา และกรณีที่เป็นรายการยาซ้ำกับใน order ซึ่งเป็นรายการยา continue จะมี Pop - up แจ้งเตือน	Dispensing Error			
								5	2	10	พบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดยการจ่ายยาโดย double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้งโดยตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet	Dispensing Error			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุกครั้งที่เกิด	ส.ค.63	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายยาผิดวิธีใช้ยา แพทย์สั่ง metoprolol (100) 1/2X2 pc ห้อง ยาจ่ายเป็น 1/2X1 pc จ่ายยาผิดชนิด แพทย์สั่ง Enoxaparin inj ห้องยาจ่ายยาเป็น Fondaparinux inj 	5	2	10	<p>พบทวนการรับคำสั่งใช้ยา</p> <p>พบทวนการพิมพ์ฉลากยา</p> <p>พบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยา</p>	Dispensing Error			
								5	2	10	<p>พบทวนการรับคำสั่งใช้ยา</p> <p>พบทวนการพิมพ์ฉลากยา</p> <p>พบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยา</p> <p>พบทวนกระบวนการจัดยา จัดวางยาทั้ง 2 ชนิดให้ห่างกัน</p>	Dispensing Error			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer& Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆหรือทำให้ดีขึ้น
											พบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดยการจ่ายยาโดย double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้งโดยตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet			
Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer& Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆหรือทำให้ดีขึ้น
	20 พ.ย. 2562	Pre-dispensing	จัดยาผิดชนิด ผิดจำนวน ผิดความแรง	ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	20 พ.ย. 2562	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำ ก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน - จัดยาคนอื่นปะปนกัน - ยารูปแบบคล้ายคลึงกัน วางใกล้กัน 	5 (195)	1 (B)	5	1.ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							พบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
		error (IPD)	ผิดรูปแบบยา จากที่แพทย์สั่ง								-อ่านฉลากยาให้ครบถ้วนก่อนการจัดยาและเทียบกับ copy order/PMP -ตรวจสอบชนิดยาและจำนวนยาก่อนการส่งมอบ 2 ทำ 5ส. เวลา 8.30 น. และ 16.00 น. ของทุกวัน 3.จัดวางยาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันอยู่ห่างกัน			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางการบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	
											4. ยาที่มีชื่อคล้ายกันทำปายให้แตกต่างกันเพิ่ม 5. ยาน้ำ และยาเม็ด ที่เหลือมาจาก ward ให้ทำลายทิ้ง ส่วนยา ยาฉีดใส่ถุงซิปล็อค รวบรวม และใส่คิน lock ยาเพื่อป้องกันการใส่ยา ผิด lock ยา 6. จัดยาคนละตะกร้า เพื่อป้องกันการจัดยา				

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer& Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆหรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	ต.ค.62	รวม 22 ครั้ง 1.จัดยาผิดจำนวน 12 ครั้ง 2.จัดยาผิดชนิด 5 ครั้ง - Dimenhydrinate จัดเป็นdomperidone(2) - Deolinจัดเป็นplavix(1) - Amlodipineจัดเป็นAtrovastatin(1) - Glipizide จัดเป็น GG(1) 3. จัดยาไม่ครบรายการ 5 ครั้ง สาเหตุ	5	1	5	ไม่ครบและจัดยาปะปนกัน	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	พ.ย. 2562	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา จำนวน รายการยาให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา - มียาบางตัวปนกัน lock ยาเดียวกัน <p>รวม 9 ครั้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดยาผิดจำนวน 5 ครั้ง 2. จัดยาผิดชนิด 2 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - NaCl จัดเป็น sodium bicarbonate(1) - Levomed จัดเป็น methyl dopa(1) 3. จัดยาผิดความแรง 2 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - amitrip 25 mg จัดเป็น 10 mg - Doxazosin 4 mg จัด 2 mg <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน 	5	1	5	<p>ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา</p> <p>2 ทำ 5ส.เป็นประจำ สม่ำเสมอ</p> <p>1.ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยหลังจากจัดยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา</p>	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	ธ.ค. 2562	<p>รวม 9 ครั้ง</p> <p>1. จัดยาผิดจำนวน 6 ครั้ง</p> <p>2. จัดยาผิดชนิด 2 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol sdu จัดเป็น Berodualsdu (1) - Amoxycillin จัดเป็น Augmantin (1) <p>3. จัดยาผิดความแรง 1 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - TA 0.02% จัดเป็น TA 0.1 % <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน <p>รวม 5 ครั้ง</p> <p>1. จัดยาผิดจำนวน 3 ครั้ง</p>	5	1	5	2 ทำ 5ส.เป็น ประจำ สม่่าเสมอ	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	ม.ค.63	<p>2 จัดยาผิดชนิด 2 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diazepam 2 mg จัดเป็น Diltiazem(1) - Amlodipine จัดเป็น domperidone(1) <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน - ยาชื่อคล้ายคลึงกัน <p>รวม 6 ครั้ง</p> <p>1.จัดยาผิดจำนวน 3 ครั้ง</p>	5	1	5	1.ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดยหลังจากจ่ายยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา 2 ทำ 5ส.เป็นประจำ สม่่าเสมอ 3.ทำป้ายชื่อยาที่คล้ายคลึงกันให้แตกต่างกัน	Pre-dispensing error			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	ก.พ.63	<p>2 จัดยาผิดชนิด 2 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levomed จัดเป็น Methyldopa(1) - Ferrous จัดเป็น Furosemide(1) <p>3. จัดยาผิดความแรง 1 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propranolol 40 mg จัดเป็น 10 mg <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน 	5	1	5	<p>1. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยหลังจากจัดยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา</p> <p>2 ทำ 5ส. เป็นประจำ สม่่าเสมอ</p> <p>3. ทำป้ายชื่อยาที่มีความแรงต่างกัน ให้แตกต่างกัน ชัดเจน</p>	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer& Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆหรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	มี.ค.63	<p>รวม 7 ครั้ง</p> <p>1.จัดยาผิดจำนวน 5 ครั้ง</p> <p>2.จัดยาผิดรูปแบบ 1 ครั้ง</p> <p>3.จัดยาผิดคน 1 ครั้ง (ใส่ผิดเตียง)</p> <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ 	5	1	5	1.ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยาโดยหลังจากจัดยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	เม.ย.63	<p>รวม 14 ครั้ง</p> <p>1. จัดยาผิดจำนวน 7 ครั้ง</p> <p>2. จัดยาผิดชนิด 2 ครั้ง</p> <p>- domperidone จัดเป็น deolin(1)</p> <p>- Ceftazidime inj จัดเป็น ceftriaxone inj(1)</p> <p>3. จัดยาผิดความแรง 3 ครั้ง</p> <p>- Carvedilol 6.25 mg (ยาเดิมผู้ป่วย) จัดเป็น 25 mg (2)</p> <p>- propranolol 40 mg จัดเป็น 10 mg (1)</p> <p>4. ไม่ได้จัดยา 2 ครั้ง</p> <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน - ยาชื่อคล้ายคลึงกัน 	5	1	5	<p>ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา</p> <p>Pre-dispensing error</p>	<p>1. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยหลังจากจัดยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา</p>		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer& Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิ	เดือนละ 1 ครั้ง	พ.ค.63	รวม 8 ครั้ง 1.จัดยาผิดจำนวน 3 ครั้ง 2.จัดยาผิดชนิด 3 ครั้ง - Dexametaxoneinjจัดเป็น Cpm (1) - เภยวัลย์เปรียง จัดเป็น theo-dur(1) - Air-X drop จัดเป็น Fer in sol(1) 3.ไม่ได้จัดยา 2 ครั้ง	5	1	5	2 ทำ 5ส.เป็นประจำ สม่่าเสมอ 3.ทำป้ายชื่อยาที่คล้ายคลึงกันให้แตกต่างกัน	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ชาวิมล			สาเหตุ - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - ยามีบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกัน รวม 28 ครั้ง 1. จัดยาผิดจำนวน 8 ครั้ง 2. จัดยาผิดชนิด 6 ครั้ง - Rifampicin จัดเป็น Roxithromycin(1) - Amlodipine จัดเป็น Deolin(2) - Ampicillin 500 mg inj จัดเป็น Cloxacillin 500 mg inj(2) - amitriptyline จัดเป็น allopurinol(1) 3. จัดยาผิดความแรง 7 ครั้ง - Cloxacillin inj 500 mg จัดเป็น 1 g (1) - methyl dopa 125 mg จัดเป็น 250 mg (1)	5	1	5	1. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยาโดยหลังจากจัดยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา 2. ยาที่มีบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกันให้วางห่างกัน	Pre-dispensing error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
							<ul style="list-style-type: none"> - Diazepam 5 mg จัดเป็น 2 mg (1) - Lasix inj 250 mg / 10 ml จัดเป็น 20 mg / 2 ml (1) - Clonazepam 2 mg (ยาเดิมผู้ป่วย) จัดเป็น 0.5 mg (1) - Spironolactone 100 mg จัดเป็น 25 mg (1) - Ampicillin inj 500 mg จัดเป็น 1 g (1) 4. ไม่ได้จัดยา 5 ครั้ง 5. จัดยาผิดรูปแบบ 1 ครั้ง 6. จัดยาเกินรายการ 1 ครั้ง <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน - ยาชื่อคล้ายคลึงกัน 			<p>ยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา</p> <p>2. ทำ 5ส. เป็นประจำ สม่่าเสมอ</p> <p>3. ทำป้ายชื่อยาที่คล้ายคลึงกันให้แตกต่างกัน</p>				

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	ก.ค.63	<p>รวม 12 ครั้ง</p> <p>1 จัดยาผิดชนิด 4 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cloxacillin inj 500 mg จัดเป็น Ampicillin inj 500 mg - Buscopan inj จัด metocloplamide inj - Lasix (500) จัด spironolactone 100 - Cefotaxime inj จัด Ceftriaxone inj <p>2 จัดยาผิดความแรง 3 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amitrip (25) จัด (10) 2 ครั้ง - 50% MgSo4 จัด 10% MgSo4 <p>3 จัดยาผิดจำนวน 3 ครั้ง</p> <p>4.จัดยาผิดคน 1 ครั้ง</p> <p>5.ไม่ได้จัดยา 1 ครั้ง</p> <p>สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ 	5	1	5		Pre-dispensing error		1.ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยาโดยหลังจากจัดยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา	

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางการบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	
						ส.ค.63	<ul style="list-style-type: none"> - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน - ยาชื่อคล้ายคลึงกัน <p>รวม 13 ครั้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดยาผิดจำนวน 8 ครั้ง 2. จัดยาผิดชนิด 4 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - Aspirin จัดเป็น Amlodipine - fondaparinux inj จัดเป็น Enoxaparin inj - sodium bicarb จัดเป็น sodium valproate - deolin จัดเป็น domperidone <p>3 จัดยาผิดความแรง</p>	5	1	5	2 ทำ 5ส.เป็นประจำ สม่่าเสมอ 3.ทำป้ายชื่อยาที่คล้ายคลึงกันให้แตกต่างกัน				

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	เดือนละ 1 ครั้ง	ก.ย.63	<ul style="list-style-type: none"> - Warfarin 5 mg จัด 3 mg สาเหตุ - ไม่ได้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรงและจำนวนยาซ้ำก่อนการส่งมอบ - มียาตัวอื่นปะปนอยู่ใน lock ยาเดียวกัน - ยาชื่อคล้ายคลึงกัน <p>รวม 3 ครั้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดยาผิดชนิด - ASA จัดเป็น Amlodioine - Fondaparinux inj จัดเป็น Enoxaparin inj 2. จัดยาผิดความแรง - AZT 100 จัดเป็น AZT 300 	5	1	5	1. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา โดยหลังจากจัดยาให้มีการตรวจสอบชื่อยา รายการยา จำนวนยา ให้ครบถ้วนก่อนการส่งมอบยา	Pre-dispensing error			
				ภญ. ภัคพิชา	เดือนละ 1 ครั้ง							Pre-dispensing error			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางการบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ชาวิมล							1.ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา 2 ทำ 5ส.เป็นประจำ สม่ำเสมอ 3.ทำป้ายชื่อยาที่คล้ายคลึงกันให้แตกต่างกัน			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
	20 พ.ย. 2562	Trancribing Error (คัดลอกคำสั่งใช้ยาผิด) (IPD)	คัดลอกคำสั่งใช้ยาหรือพิมพ์ฉลากยาที่แพทย์สั่งผิด ชนิด ผิด ความแรง ผิดวิธีใช้ยา ผิด จำนวน ยา ผิดคน ผิดวิธีการบริหารยา	ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุก 1 เดือน	20 พ.ย. 2562	-ไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยาลงใน Patient Medication Profile -ไม่ได้ตรวจสอบรายการยาใน PMP ก่อนทำให้เกิดการคัดลอกรายการยาซ้ำซ้อน -ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์	5 (70)	1 (B)	5	1 ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และการพิมพ์ฉลากยา เช่น ตรวจสอบรายการยา ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา และชื่อสกุล ผู้ป่วยซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์ฉลากยา 2 ยาคณะความแรง มีการกำหนดตัวอักษรแตกต่างกัน Tall MAN letter เพื่อ	Trancribing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางการบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
											ป้องกันการพิมพ์ยาผิดความแรงเพิ่ม 3. พิมพ์ PMP จากโปรแกรม HOS-XP กรณีผู้ป่วย Admit ใหม่ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาลงใน PMP			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางการบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุก 1 เดือน	ต.ค. 2562	<p>รวม 3 ครั้ง</p> <p>1.พิมพ์ยาผิดชนิด 1 ครั้ง</p> <p>- D-5-S 1000 ml พิมพ์เป็น Nss 1000 ml</p> <p>2.พิมพ์ยาขาดรายการ 1 ครั้ง</p> <p>สาเหตุ</p> <p>- อ่านลายมือแพทย์ผิด</p> <p>- ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์</p>	5	1	5	1.ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และการพิมพ์ฉลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์	Trancribing Error			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุก 1 เดือน	พ.ย. 2562	รวม 1 ครั้ง 1.พิมพ์ยาผิดจำนวน 1 ครั้ง สาเหตุ - ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์ ; รวม 3 ครั้ง	5	1	5	1.ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และการพิมพ์ฉลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์	Trancribing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุก 1 เดือน	ธ.ค. 2562	1. พิมพ์ยาผิดจำนวน 2 ครั้ง 2. พิมพ์ยาผิดชนิด 1 ครั้ง - ORS พิมพ์เป็น Tolperisone สาเหตุ - อ่านลายมือแพทย์ผิด - ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์	5	1	5	1. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และการพิมพ์ฉลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์	Trancribing Error		
				ภญ. ภัคพิชา	ทุก 1 เดือน	ม.ค. 2563	รวม 3 ครั้ง 1. พิมพ์ยาผิดความแรง 1 ครั้ง Amitrip 25 mg พิมพ์เป็น 10 mg 2. พิมพ์ยาขาดรายการ 1 ครั้ง	5	1	5	1. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และการพิมพ์	Trancribing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	
				ชาวิมล			3. พิมพ์ฉลากยาผิดวิธีใช้ 1 ครั้ง Metoprolol 1/4X2 pc พิมพ์เป็น 1/2 X 2 pc สาเหตุ -อ่านลายมือแพทย์ผิด -ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์				ฉลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์				
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุก 1 เดือน	เม.ย. 2563	รวม 5 ครั้ง 1.พิมพ์ยาขาดรายการ 1 ครั้ง 2.พิมพ์ยาผิดชนิด จำนวน 1 ครั้ง - Adenosine inj พิมพ์เป็น Adrenaline inj 3.พิมพ์ยาผิดวิธีใช้ 1 ครั้ง 4.พิมพ์ยาผิดรูปแบบ 1 ครั้ง 5.พิมพ์ยาเกินรายการ ไม่ได้ off ยา 1 ครั้ง	5	1	5	ทบทวนวิธีปฏิบัติ เรื่องการคัดลอก คำสั่งใช้ยาและการพิมพ์ฉลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์	Trancribing Error			

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุก 1 เดือน	พ.ค. 2563	<p>สาเหตุ</p> <p>-อ่านลายมือแพทย์ผิด</p> <p>-ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์</p> <p>รวม 3 ครั้ง</p> <p>1.พิมพ์ยาผิดชนิด จำนวน 1 ครั้ง</p> <p>- Augmantin 1 g พิมพ์เป็น Amoxycillin 500 mg</p> <p>2.พิมพ์ยาผิดวิธีใช้ 1 ครั้ง</p> <p>สาเหตุ</p> <p>-อ่านลายมือแพทย์ผิด</p> <p>-ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์</p>	5	1	5	ทบทวนวิธีปฏิบัติ เรื่องการคัดลอก คำสั่งใช้ยาและการพิมพ์ฉลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ซ้ำ ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์	Trancribing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง			การติดตาม
				ภญ. ภัคพิชา วิมล	ทุก 1 เดือน	ก.ค. 2563	รวม 10 ครั้ง 1.พิมพ์ยาผิดวิธีใช้ 5 ครั้ง 2 ไม่ได้พิมพ์ผลลากยา 1 ครั้ง 3.พิมพ์ผลลากยาผิดจำนวน 1 ครั้ง 4.พิมพ์ผลลากยาเกินรายการ(ไม่ได้ off ยา) 1 ครั้ง 5.คัดลอกยาผิดชนิด 1 ครั้ง - Ferrous – FBC 6.คัดลอกยาขาดรายการ 1 ครั้ง สาเหตุ -อ่านลายมือแพทย์ผิด -ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์	5	1	5	คำสั่งใช้ยาและการพิมพ์ผลลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์	Trancribing Error		
					ทุก 1 เดือน	ส.ค. 2563	รวม 5 ครั้ง 1.พิมพ์ยาผิดวิธีใช้ 3 ครั้ง	5	1	5	คำสั่งใช้ยาและการพิมพ์ผลลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา	Trancribing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ภญ. ภัคพิชา วิมล			2. คัดลอกยาขาดรายการ 2 ครั้ง สาเหตุ -อ่านลายมือแพทย์ผิด -ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์				ยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์			
				ภญ. ภัคพิชา	ทุก 1 เดือน	ก.ย. 2563	รวม 1 ครั้ง 1. พิมพ์ยาผิดชนิด 1 ครั้ง - Fluoxetine พิมพ์เป็น Flunarizine สาเหตุ -อ่านลายมือแพทย์ผิด	5	1	5	ทบทวนวิธีปฏิบัติ เรื่องการคัดลอก คำสั่งใช้ยาและการพิมพ์ผลากยา โดยตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้	Trancribing Error		

Risk identify				Risk Monitoring & Review				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
							ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ				มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
				ชาวิมล			-ไม่ได้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง ชื่อสกุล ผู้ป่วย วิธีใช้ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์				ยา ชั่ว ก่อนการสั่งพิมพ์สติกเกอร์			

