



สถาบันราชประชาสมาสัย  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

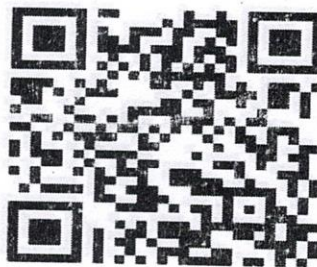
ระเบียบปฏิบัติ  
เรื่อง  
ระบบบริหารความเสี่ยง  
SP - QOC - RM - 006 - REV01

ชื่อ-สกุล/ ทีม/คณะกรรมการ/หน่วยงาน/กลุ่มงาน		ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
จัดทำโดย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		5 ก.ค. 62
ทบทวนโดย	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	นาย: ช กิตติเมธา	9 ก.ค. 2562
อนุมัติโดย	ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย		11 ก.ค. 62
วันที่เริ่มใช้	11 ก.ค. 2562		



ลิงค์ แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก  
(Clinical Risk) Safety Goals สถาบันราชประชาสมาสัย

<https://forms.gle/KoqQKeXNuR7WoAnB7>  
<https://forms.gle/KoqQKeXNuR7WoAnB7>



แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) สถาบันราชประชาสมาสัย  
ลิงค์ <https://forms.gle/6wKA3RPwQuGkt3oz6>  
<https://forms.gle/6wKA3RPwQuGkt3oz6>



คู่มือระบบบริหารความเสี่ยง

ห้ามหน่วยงานแก้ไข/เพิ่มเติมข้อความใดๆ ในเอกสารควบคุมหรือทำสำเนาเผยแพร่เอง  
สามารถดำเนินการได้โดยผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพเท่านั้น

**ระเบียบปฏิบัติ**

SP : SP - QOC – RM - 006 - REV01	ฉบับที่ : 1	หน้า 2/27
เรื่อง : ระบบบริหารความเสี่ยง	วันที่ : 1 มิถุนายน 2562	
แผนก : ศูนย์พัฒนาคุณภาพ	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนก/ระบบสำคัญ	
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ผู้อนุมัติ : นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์	

**บันทึกการแก้ไข**

ลำดับที่	รายละเอียด	แก้ไขโดย	วัน เดือน ปี
1	วัตถุประสงค์		
2	ขอบเขต		
3	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน		
4	แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก		
5	แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป		
6	เครื่องมือทบทวนอุบัติการณ์สำคัญ		
7	บัญชีความเสี่ยง		

ห้ามหน่วยงานแก้ไข/เพิ่มเติมข้อความใดๆ ในเอกสารควบคุมหรือทำสำเนาเผยแพร่เอง  
สามารถดำเนินการได้โดยผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพเท่านั้น





4. เหตุการณ์พิงสังวร Sentinel Event คือ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์มาก่อน และอาจจะมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิตหรือส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถระงับได้ใน รพ.และอาจทำให้เสื่อมเสีย ชื่อของ รพ. ต้องรายงานทันทีและบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 24 ชม. เช่น 1) เกิดอุบัติเหตุหกล้ม/ตกเตียงแล้วเสียชีวิต หรือ มีบาดแผลรุนแรง หรือ มีโรคแทรกซ้อน เช่น กระดูกหัก 2) ผ่าตัดหรือทำหัตถการผิดคน ผิดข้างผิดอวัยวะ 3) การให้ยา ให้เลือดผิดคน ผิดชนิดผิดกลุ่มแล้วเกิดปฏิกิริยารุนแรง 4) ข้อร้องเรียนที่มีการระบุชื่อทั้งผู้ร้องเรียนและผู้ถูกร้องเรียน 5) ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unexpected death) ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 6) อุบัติการณ์ที่คาดว่าอาจมีผลกระทบร้ายแรงกับโรงพยาบาลหรือผู้ป่วย เช่น ไฟไหม้ ไฟฟ้าช็อต

5. แนวโน้มจะเกิดความเสียหาย (Near Miss ) คือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง

6. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) คือ เหตุการณ์หรือการดูแลรักษา ที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไปรายใดก็ได้โดยไม่ระบุจำเพาะโรค

7. ความเสี่ยงเฉพาะโรค Specific Clinical Risk คือ ความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิต โดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ

8. ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) คือ ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน เป็นต้น

9. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) คือ เอกสารหรือรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่าหน่วยงาน/ทีม/องค์กรมีความเสี่ยงสำคัญอะไรบ้าง ซึ่งมีทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทางกายภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในหน่วยงาน/ทีม/องค์กร มีแนวทางในการแก้ไข กำหนดมาตรการอย่างไรและแนวโน้มความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

10. Risk Matrix คือ ตารางในการนำตัวแปร 2 ตัว ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ประกอบในการดำเนินการแก้ไข โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ คือ 1. ความรุนแรงของเหตุการณ์โดยพิจารณาจากผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่องค์กร 2. ความถี่ที่เกิดขึ้นหรือโอกาสในการเกิด

11. การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis) : RCA กิจกรรมการทบทวนที่เน้นการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงภายหลังเกิดเหตุผิดพลาดที่รุนแรงของการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ/กระบวนการและนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดขึ้นซ้ำ โดยสถาบันฯ กำหนดให้วิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงในอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป

12. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

13. วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) คือ คุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัย

(1) การรับรู้ถึงธรรมชาติขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด

(2) ลักษณะองค์กรที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาด โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ

(3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆ

(4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย



## 5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ระบบบริหารความเสี่ยง ดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและใช้คู่มือการบริหารความเสี่ยง (SP - QOC - RM - 006 - REV01) เป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้สถาบันฯ มีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน โดยแบ่งขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)** เป็นการระบุความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหาจากช่องทาง ดังนี้

**การค้นหาเชิงรุก** จากกระบวนการปฏิบัติงานหลักของหน่วยงาน หรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care Process) , การทบทวน 12 กิจกรรม, การทบทวนเวชระเบียน, Risk Round, ENV Round, IC Round การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ญาติ และการสังเกตขณะปฏิบัติงาน เป็นต้น

**การค้นหาเชิงรับ** จากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดหรือความสูญเสีย , เป้าหมายความปลอดภัย (SIMPLE<sup>2</sup>) , รายงานเวรตรวจการ, การบันทึกประจำวันของหน่วยงาน, การทบทวนเวชระเบียน และข้อร้องเรียน เป็นต้น

**ความเสี่ยงที่ค้นหาได้ สามารถจำแนกเป็น 3 ประเภท ดังนี้**

### 1. ประเภทความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ประกอบด้วย

1.1 Common Clinical Risk เป็นความเสี่ยงโดยทั่วไปในกระบวนการทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วย (Care Process) และเป้าหมายความปลอดภัย (SIMPLE<sup>2</sup>) ดังนี้ Safe Surgery, Infection Prevention and Control, Medication & Blood Safety, Patient Care Process, Line Tube & Catheter and Laboratory และ Emergency Response

1.2 Specific Clinical Risk เป็นความเสี่ยงเฉพาะโรค ตามกลุ่มโรค/หัตถการที่สำคัญ ของ PCT ทัวไป, PCT จักษุ, PCT SKIN, PCT Leprosy และ PCT ศัลยกรรม

2. ประเภทความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) เป็นความเสี่ยงทั่วไปหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

3. ประเภทความเสี่ยง Sentinel event คือ ความเสี่ยงที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงที่ต้องตื่นตัว ใส่ใจ ให้ความสำคัญสูง โดยสถาบันราชประชาสมาสัยได้กำหนดความเสี่ยง Sentinel event ไว้ดังนี้

- 1) เกิดอุบัติเหตุหกล้ม/ตกเตียงแล้วเสียชีวิต มีบาดแผลรุนแรง มีโรคแทรกซ้อน เช่น กระดูกหัก
- 2) ผ่าตัดหรือทำหัตถการผิดคน ผิดข้างผิดอวัยวะ
- 3) การให้ยา ให้เลือดผิดคน ผิดชนิดผิดกลุ่มแล้วเกิดปฏิกิริยารุนแรง
- 4) การถูกฟุ้งร้อง
- 5) ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unexpected death) ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- 6) อุบัติการณ์ที่คาดว่าอาจมีผลกระทบร้ายแรงกับโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยเช่น ไฟไหม้ ไฟฟ้าช็อต

**โปรแกรมบริหารความเสี่ยงแบ่งออกเป็น 5 โปรแกรม ดังนี้**

**โปรแกรมที่ 1** Common Clinical Risk เป็นความเสี่ยงโดยทั่วไปในกระบวนการทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วย (Care Process) และเป้าหมายความปลอดภัย (SIMPLE<sup>2</sup>) ประกอบด้วย

- Safe Surgery
- Infection Prevention and Control
- Medication & Blood Safety

- Patient Care Process
- Line Tube & Catheter and Laboratory
- Emergency Response

**โปรแกรมที่ 2** Specific Clinical Risk เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/เหตุการณ์ที่สำคัญ ของ PCT ทั่วไป, PCT จักษุ, PCT SKIN, PCT Leprosy และ PCT ศัลยกรรม

**โปรแกรมที่ 3** ความเสี่ยงทั่วไป (General risk)

- สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
- อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภคและเครื่องมือ
- การสื่อสาร ระบบเวชระเบียนและสารสนเทศ
- อาชีวอนามัย ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- ยุทธศาสตร์และแผนงาน
- การเงินและพัสดุ

**โปรแกรมที่ 4** ความเสี่ยง Sentinel event คือ ความเสี่ยงที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

**ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)**

การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง ใช้เครื่องมือ Risk Assessment Matrix เพื่อให้เห็นถึงระดับของ ความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้หน่วยงานทราบว่า มีความเสี่ยงใดเป็นความเสี่ยงสูงสุดที่ต้องบริหารจัดการก่อน โดยพิจารณาจากการประเมินจากความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ความเสี่ยง (Impact) และโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood) ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการทำงานของหน่วยงาน หรือขององค์กร

ผลกระทบ (Impact) หมายถึง ขนาดความรุนแรงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นหากเกิดเหตุการณ์ ความเสี่ยง โดยสถาบันราชประชาสมาสัยกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลกระทบความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) และ ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

Category	ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) (คำจำกัดความ)	ระดับ
A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	1 เกือบพลาด
B	เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	2 ต่ำ
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา	3 ปานกลาง
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น	
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	4 สูง
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต	
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเสียชีวิต	



ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงทั่วไป (General Risk)

Category	ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) (คำจำกัดความ)	ระดับ
1	มีโอกาสเกิดความเสี่ยง	1 เกือบพลาด
2	เกิดความเสี่ยงแต่ไม่มีความเสียหาย ไม่สูญเสียรายได้	2 ต่ำ
3	เกิดความเสี่ยง มีการเสียหายแต่สามารถปฏิบัติงานหรือมีสิ่งทดแทนหรือสามารถรอได้ตามระบบของสถาบันฯ	3 ปานกลาง
4	เกิดความเสี่ยงรุนแรงอาจทำให้เกิดโอกาสฟ้องร้อง/สูญเสียภาพลักษณ์/มีมูลค่าความเสียหายตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	4 สูง

โอกาสที่จะเกิด (Likelihood) หมายถึง ความถี่หรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง โดยสถาบันราชประชาสมาสัยกำหนดเกณฑ์ในการประเมินโอกาสที่จะเกิดดังนี้

ความถี่ที่เกิดขึ้น	Probability (โอกาสเกิด)
4 : เกิดขึ้นเป็นประจำ	เกิดขึ้นทุก 1 เดือน
3 : เกิดขึ้นบ่อย	ใน 1 ปีพบได้หลายครั้ง
2 : เกิดขึ้นบ้าง	ใน 1-2 ปี/1 ครั้ง
1 : เกิดขึ้นน้อยมาก	มากกว่า 2 ปี/ครั้ง

Risk Assessment Matrix คือการนำตัวแปรของผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และโอกาสที่จะเกิดมาวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์เพื่อใช้ประกอบในการดำเนินการแก้ไขก่อนหลัง โดยใช้ตาราง Risk Matrix แบบ 4x4

Risk Assessment Matrix				ความถี่ที่เกิดขึ้น				
ผลกระทบและความรุนแรง	Clinical	General	ระดับ		เกิดขึ้นน้อยมาก	เกิดขึ้นบ้าง	เกิดขึ้นบ่อย	เกิดขึ้นเป็นประจำ
			ระดับ	คะแนน	1	2	3	4
รุนแรง	G,H,I	4	สูง	4	4	8	12	16
	E,F	3	ปานกลาง	3	3	6	9	12
	C,D	2	ต่ำ	2	2	4	6	8
	A,B	1	เกือบพลาด	1	1	2	3	4

ทั้งนี้ระดับหน่วยงานและระบบงานสำคัญ กำหนดให้มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) คือ การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) และประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) จากงานที่รับผิดชอบทุก 6 เดือน และบันทึกตามแบบฟอร์ม (FO - QOC - RM - 004 - REV01)

**ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง (Risk Treatment)** คือกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสียหาย สำหรับความเสี่ยงที่ยังไม่เกิดอุบัติการณ์ขึ้น ให้หน่วยงานและระบบงานสำคัญกำหนดแผนที่เป็นมาตรการป้องกันที่รัดกุม การติดตามเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์และแนวทางการดูแลความเสียหายเมื่อเกิดอุบัติการณ์ ส่วนในกรณีที่เกิดอุบัติการณ์ขึ้นแล้ว ให้ปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

1. หน่วยงานดำเนินการเบื้องต้นตามแนวทางดูแลความเสียหายที่เตรียมไว้ และรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก (FO-QOC-RM-001-REV03/2) ทั้งนี้ให้หน่วยงานปฏิบัติตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน/ระบบงานสำคัญ

2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง บริหารความเสี่ยงและติดตามความเสี่ยงตามขั้นตอนการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการติดตามประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และเชื่อมโยงกับคู่มือการจัดการข้อร้องเรียน สำหรับการถอดบทเรียนจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำให้ดำเนินการดังนี้

อุบัติการณ์ระดับ A – D ให้หน่วยงานทบทวนโดยใช้เครื่องมือในระบบบริหารความเสี่ยงตามความเหมาะสม (ภาคผนวก)

อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป และอุบัติการณ์ระดับ A – D ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ให้หน่วยงานหรือทีมภารกิจหลัก ร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis) : RCA โดยใช้เครื่องมือ RCA 5 ขั้นตอน คือ

1. Story & Timeline ทบทวนเหตุการณ์
2. Identify potential change มองหาจุดเปลี่ยน
3. Listen to voice of staff ฟังเสียงผู้ปฏิบัติ
4. Swiss cheese hole มองหาช่องโหว่ของระบบ
5. Creative solution ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา

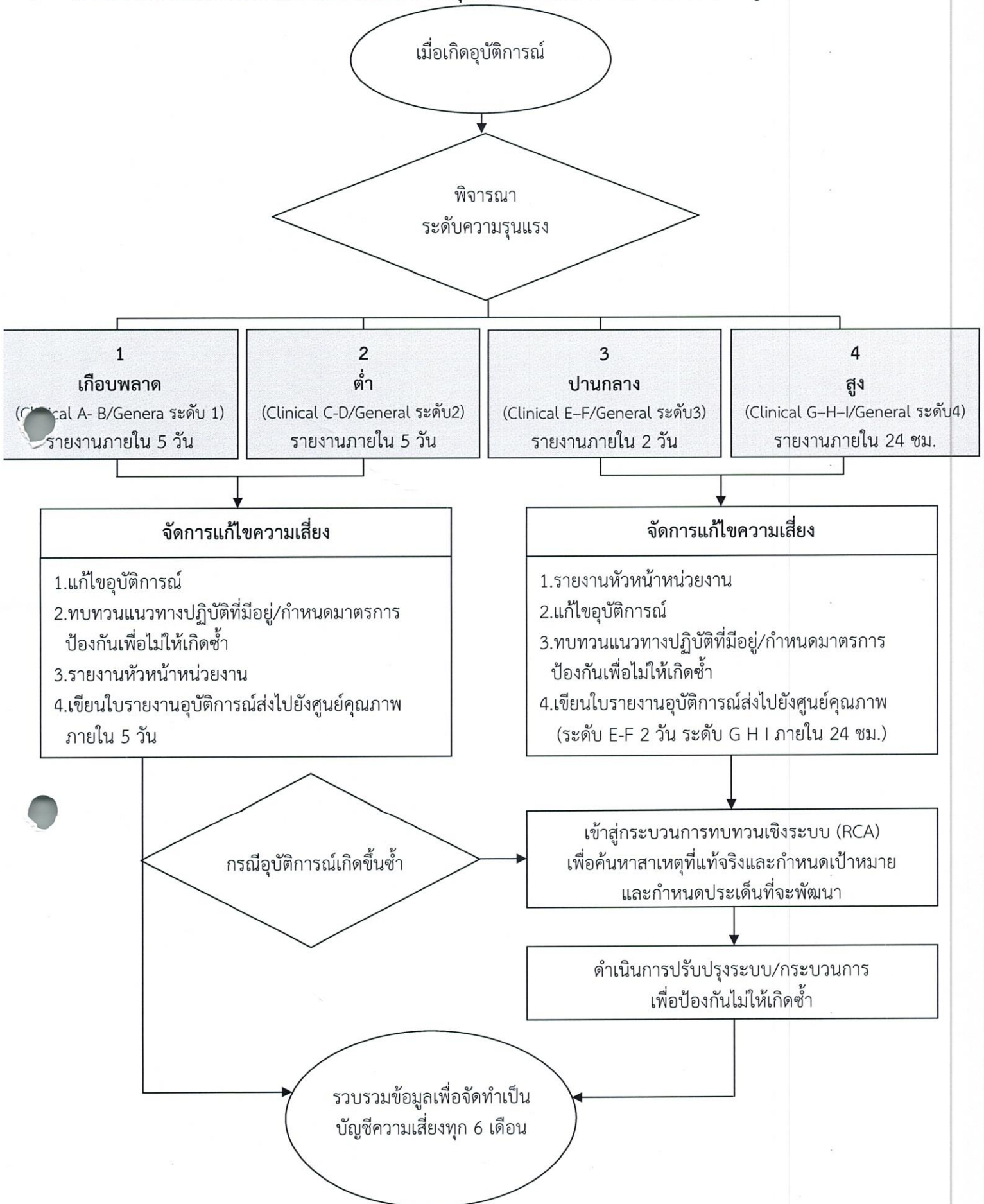
ทั้งนี้ หลังการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis) เพื่อปรับระบบป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ จะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามและประเมินผลภายใน 45 วัน

**ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Risk Monitoring and Review)** คือบุคคลหรือคณะบุคคลที่ได้รับมอบหมายในการจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่ง (Risk owner) ดำเนินการดูแล ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินว่าแผนรับมือความเสี่ยงบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้และสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสมหรือไม่ เพื่อพิจารณาปรับปรุงมาตรการเพิ่มเติม

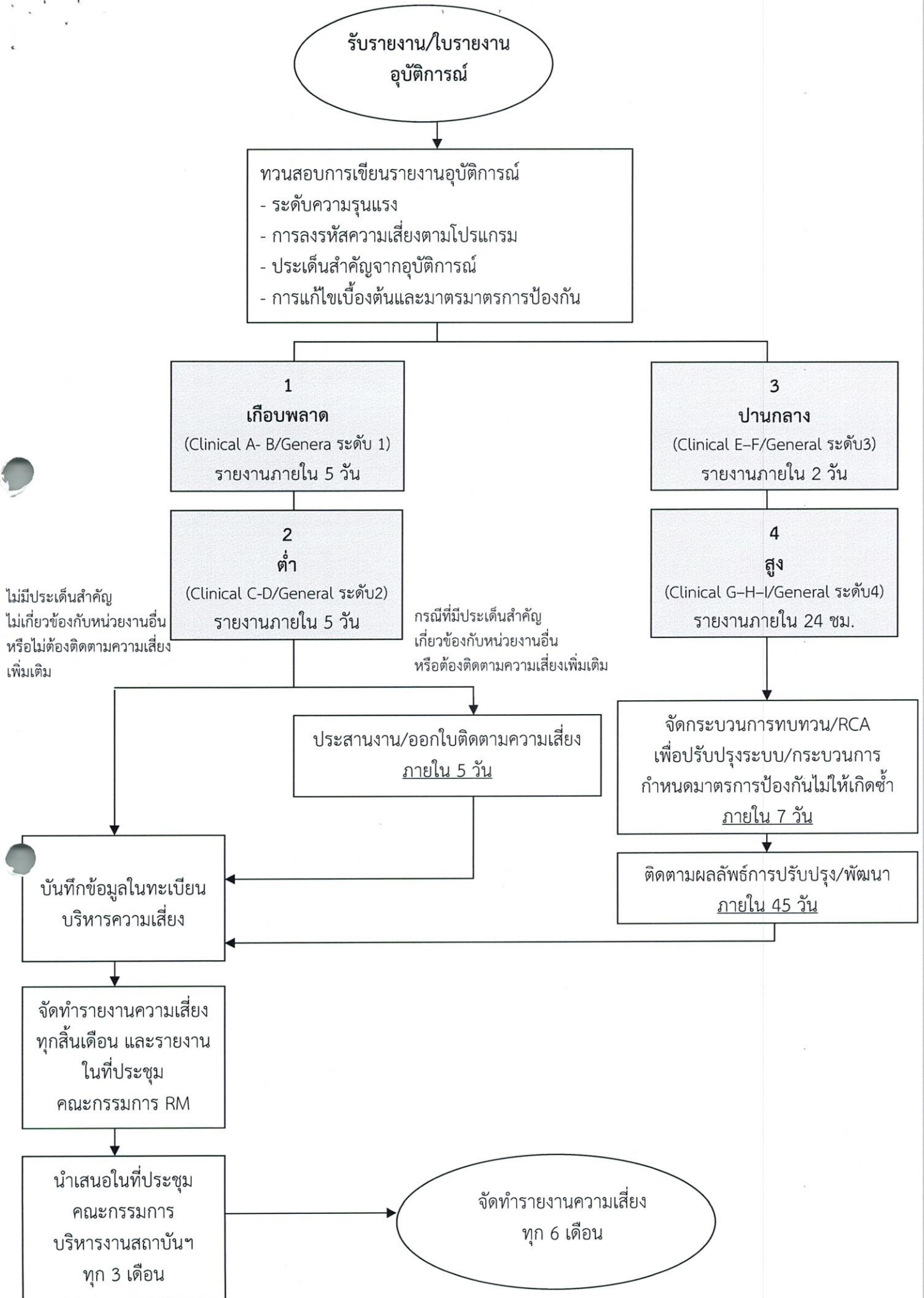


ขั้นตอนการบริหารจัดการความเสี่ยง

1. กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน/ระบบงานสำคัญ



## 2. กระบวนการติดตามประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง





ภาคผนวก  
เอกสารประกอบคู่มือบริหารความเสี่ยง

1. แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)
2. แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk)
3. ใบแจ้งและติดตามความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
4. เครื่องมือทบทวนอุบัติการณ์สำคัญ แผนภูมิแกงปลา Diagram และ Time Line
5. บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) แยกตามหน่วยงานคลินิกและหน่วยงานสนับสนุน



ผู้รายงาน..... หน่วยงาน..... วันที่รายงาน.....	ชื่อผู้ป่วย..... HN.....AN..... วันที่เกิดเหตุ.....เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ..... หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	<b>ระดับความรุนแรง</b>																																												
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">ระดับ</td> <td style="width:5%;">A</td> <td style="width:5%;">B</td> <td style="width:5%;">C</td> <td style="width:5%;">D</td> <td style="width:5%;">E</td> <td style="width:5%;">F</td> <td style="width:5%;">G</td> <td style="width:5%;">H</td> <td style="width:5%;">I</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ผู้ป่วย/ญาติ</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>เจ้าหน้าที่</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>สถาบันฯ</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		ระดับ	A	B	C	D	E	F	G	H	I		ผู้ป่วย/ญาติ											เจ้าหน้าที่											สถาบันฯ									
	ระดับ	A	B	C	D	E	F	G	H	I																																				
	ผู้ป่วย/ญาติ																																													
	เจ้าหน้าที่																																													
	สถาบันฯ																																													

<p><b>S : Safe Surgery</b></p> <input type="checkbox"/> C01 ผ่าตัด/หัตถการ ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง** <input type="checkbox"/> C02 ผ่าตัดผิดคน <input type="checkbox"/> C03 ผ่าตัดผิดชนิด <input type="checkbox"/> C04 ใส่อุปกรณ์เทียม/เลนส์ผิดพลาด <input type="checkbox"/> C05 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหัตถการ <input type="checkbox"/> C06 SSI: Surgical Site Infection <input type="checkbox"/> C07 Postoperative Wound dehiscence <input type="checkbox"/> C08 เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/หัตถการไม่พร้อม <input type="checkbox"/> C09 การงด/เลื่อน ผ่าตัด/หัตถการ <input type="checkbox"/> C10 ไม่ปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด <input type="checkbox"/> C11 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ป้องกันได้ <input type="checkbox"/> C12 ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก <input type="checkbox"/> C13 ความไม่ปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> C14 ไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานระหว่างผ่าตัด <input type="checkbox"/> C15 เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> C16 การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด <input type="checkbox"/> C17 การเลื่อนผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากสาเหตุความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วนของทีม <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<p><b>M : Medication &amp; Blood Safety</b></p> <input type="checkbox"/> C30 แพ้ยาล้าง <input type="checkbox"/> C31 ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง High Alert Drug <input type="checkbox"/> C32 แพ้ยา ADE : ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป <input type="checkbox"/> C33 ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง Fatal Drug <input type="checkbox"/> C34 Medication error : Prescribing (สั่งจ่ายยา) <input type="checkbox"/> C35 Medication error : Transcribing (คัดลอก) <input type="checkbox"/> C36 Medication error : Pre-dispensing (ก่อนจ่าย) <input type="checkbox"/> C37 Medication error : Dispensing (จ่ายยา) <input type="checkbox"/> C38 Medication error : Administration(บริหารยา) <input type="checkbox"/> C39 ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง Look-Alike Sound-Alike <input type="checkbox"/> C40 ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม Look-Alike Sound-Alike <input type="checkbox"/> C41 ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง Medication Reconciliation <input type="checkbox"/> C42 ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง Rational Drug Use <input type="checkbox"/> C43 การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน <input type="checkbox"/> C44 การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล <input type="checkbox"/> C45 การให้เลือดผิดหมู่/ผิดคน  <p><b>P: Patient Care Process</b></p> <input type="checkbox"/> C50 การคัดกรองผิดพลาด <input type="checkbox"/> C51 ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด <input type="checkbox"/> C52 ผู้ป่วยบาดเจ็บ/ได้รับอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> C53 ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกยึด <input type="checkbox"/> C54 ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ <input type="checkbox"/> C55 ผู้ป่วยตกเตียง** <input type="checkbox"/> C56 ผู้ป่วยลื่นล้ม** <input type="checkbox"/> C57 ไม่รายงาน/รายงาน Critical Test Results ล่าช้า <input type="checkbox"/> C58 การสื่อสาร/การส่งตรวจทางรังสีวิทยาผิดพลาด <input type="checkbox"/> C59 การสื่อสาร/การส่งตรวจห้องปฏิบัติการผิดพลาด <input type="checkbox"/> C60 การสื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วยผิดพลาด <input type="checkbox"/> C61 ผู้ป่วยไม่ได้รับ/ได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ <input type="checkbox"/> C62 ผู้ป่วยกลับมา Admit เข้าภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม <input type="checkbox"/> C63 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำที่ ER ภายใน 48 วัน <input type="checkbox"/> C64 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษา ไม่ได้รับการส่งต่อหรือส่งต่อได้ในเวลาที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> C65 มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ <input type="checkbox"/> C66 ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เหมาะสม เช่น ไม่ตรงกับใบสั่ง/อาหารผิดปรกติ	<p><b>L: Line, Tube &amp; Catheter and Laboratory</b></p> <input type="checkbox"/> C70 ET-Tube เลื่อนหลุด <input type="checkbox"/> C71 ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด <input type="checkbox"/> C72 สิ่งส่งตรวจผิดชนิด/ผิด container /ไม่ตรงกับใบส่งตรวจ/ไม่เพียงพอหรือสภาพไม่พร้อมตรวจ <input type="checkbox"/> C73 เตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสีผิดพลาด <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<p><b>E: Emergency Response</b></p> <input type="checkbox"/> C80 Un-planned CPR <input type="checkbox"/> C81 Un-planned ICU ในผู้ป่วยฉุกเฉิน/วิกฤติ <input type="checkbox"/> C82 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CPR <input type="checkbox"/> C83 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลา 30 นาที <input type="checkbox"/> C84 ผู้ป่วยกลุ่ม ACS ไม่ได้รับการส่งต่อภายใน 60 นาที <input type="checkbox"/> C85 ผู้ป่วยกลุ่ม ACS ไม่ได้ EKG ภายใน 10 นาที <input type="checkbox"/> C86 Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วย Fast Track <input type="checkbox"/> C87 ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด** <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		
<p><b>I: Infection Prevention and Control</b></p> <input type="checkbox"/> C20 ไม่ล้างมือ/ล้างมือก่อนทำกิจกรรมกับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> C21 ติดเชื้อ CAUTI <input type="checkbox"/> C22 VAP : Ventilator-Associated Pneumonia <input type="checkbox"/> C23 HAP : Hospital-Acquired Pneumonia <input type="checkbox"/> C24 ไม่ปฏิบัติตาม Standard Precaution <input type="checkbox"/> C25 ติดเชื้อดื้อยา <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <p><b>Specific Clinical Risk Incident</b></p> <input type="checkbox"/> S01 เกิด Sepsis ในโรค Cellulitis <input type="checkbox"/> S02 เกิด Sepsis ในโรค..... <input type="checkbox"/> S03 Sepsis with death <input type="checkbox"/> S04 Endophthalmitis ใน ECCE <input type="checkbox"/> S05 Endophthalmitis ใน Phaco with IOL <input type="checkbox"/> S06 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่ม ACS / MI / Strok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		

\*\* หมายถึง Sentinel event พิจารณาจากผลกระทบ

Category	คำจำกัดความ ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์	ระดับ
A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	1
B	เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	เกือบพลาด
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	2
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	ต่ำ
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา	3
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น	ปานกลาง
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	4
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต	สูง
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเสียชีวิต	



บรรยายเหตุการณ์โดยย่อ.....  
.....  
.....  
.....

การแก้ไขเบื้องต้น.....  
.....

แนวทางป้องกัน/คู่มือ แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ และการทบทวนเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ.....  
.....  
.....

ส่วนนี้เฉพาะคณะกรรมการ RM/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

วันที่รับรายงานอุบัติการณ์.....

การดำเนินการ

- รวบรวมข้อมูลเพื่อทำสถิติ
- ส่งเรื่องให้หัวหน้าหน่วยงาน / หัวหน้ากลุ่มงาน / ระบบงานสำคัญ / PCT..... วันที่.....

เพื่อ.....  
.....

ลงชื่อผู้ดำเนินการ.....



ชื่อผู้รายงาน.....	ชื่อผู้ป่วย.....	ระดับความรุนแรง				
หน่วยงาน.....	HN.....AN.....	ระดับ	1	2	3	4
วันที่รายงาน.....	วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....	ผู้ป่วย/ญาติ				
	สถานที่เกิดเหตุ.....	เจ้าหน้าที่				
	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	สถาบันฯ				

**สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม**

- G01 เปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต
- G02 ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและญาติ (Informed Consent)
- G03 ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา/ขอย้ายโรงพยาบาล
- G04 ข้อร้องเรียนจากการกระบวนการรักษาพยาบาล/การให้บริการ
- G05 จนท. ถูกฟ้องร้อง\*\*
- G06 ใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อ จนท. หรือองค์กร

**อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภคและเครื่องมือ**

- G10 โครงสร้างอาคารสถานที่/พื้นที่ไม่ปลอดภัย ไม่ถูกสุขลักษณะ
- G11 มีพาหนะนำโรค (หนู แมลงสาบ)
- G12 ข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- G13 การคัดแยก/ทิ้งขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง
- G14 เกิดอุบัติเหตุ/ปัญหาจราจรในโรงพยาบาล
- G15 เกิดอัคคีภัย\*\*
- G16 ระบบไฟฟ้าขัดข้อง/ไฟฟ้าสำรองไม่ทำงาน
- G17 ระบบลิฟท์ขัดข้อง
- G18 ระบบแก๊สทางการแพทย์ขัดข้อง
- G19 ระบบโทรศัพท์เสีย
- G20 ระบบน้ำประปาชำรุด/ขัดข้อง/น้ำไม่ไหล
- G21 เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ชำรุด/ไม่ทำงาน/ไม่พร้อมใช้
- G22 เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
- G23.....

**การสื่อสาร ระบบเวชระเบียนและสารสนเทศ**

- G30 ไม่สามารถติดต่อแพทย์/แพทย์มาช้า
- G31 ขาดการประสานงาน/ประสานงานผิดพลาด
- G32 เอกสาร/ใบเบิก ต่างๆ ไม่ถูกต้อง
- G33 กำหนด/ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลผิดพลาด
- G34 บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง
- G35 เวชระเบียนสูญหาย/การออกไปแทน
- G36 การส่งเวชระเบียนล่าช้า
- G37 เกิดอุบัติการณ์ความไม่มั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ
- G38 ปัญหาด้าน Hardware ไม่พร้อมใช้งาน
- G39 ปัญหาด้าน Software ไม่พร้อมใช้งาน
- G40 เกิดความผิดพลาดทางด้านการเงินและบัญชี
- G41.....

**อาชีวอนามัย ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ และการป้องกันการติดเชื้อ**

- G50 มีสิ่งคุกคามในสถานที่ทำงาน (กายภาพ/เคมี/ชีวภาพ/การยศาสตร์)
- G51 เกิดโรคจากการทำงานซึ่งมีสาเหตุจาก Physical Hazard
- G52 เกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
- G53 ถูกของมีคมทิ่มตำ (เข็ม/มีดผ่าตัด/กรรไกร)
- G54 ถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปาก/ตา/มือที่มีแผลสัมผัสเลือด
- G55 จนท. ติดเชื้อ Airborne จากการปฏิบัติงาน
- G56 จนท. ติดเชื้อ Droplet จากการปฏิบัติงาน
- G57 ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อหรือใช้ไม่ถูกต้อง
- G58 ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล
- G59 เกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน
- G60 การทะเลาะกันในขณะปฏิบัติงาน
- G61 ได้รับภัยคุกคาม/ถูกทำร้ายจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก
- G62 การลักขโมย/ทรัพย์สินสูญหาย\*\*
- G63 พนักงานขับรถมีสภาพไม่พร้อมสมบูรณ์สำหรับการขับรถพยาบาล
- G64 ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการความปลอดภัยของรถบริการทางการแพทย์ เช่น ขับรถเร็วเกินกว่ากำหนด
- G65 เกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่
- G66.....

**ยุทธศาสตร์และแผน**

- G70 เกิดปัญหาด้านการควบคุมการวางแผน เช่น ไม่มีแผนปฏิบัติการ/แผนปฏิบัติการไม่ครอบคลุม/การสื่อสารแผน/ การมอบหมายผู้รับผิดชอบ/
- G71 เกิดปัญหาด้านการติดตามประเมินผล เช่น ไม่ประเมินความก้าวหน้า/ผลการใช้จ่ายเงิน/ไม่รายงานผลการดำเนินงาน
- G72 ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผน
- G73.....
- G74.....

**การเงินและพัสดุ**

- G80 เกิดปัญหาด้านการควบคุมการเงินและงบประมาณ เช่น ระเบียบ/เอกสารหลักฐานกำกับหรือการตรวจสอบ
- G81 เกิดปัญหาด้านการเรียกเก็บ เช่น ไม่ได้เรียกเก็บ/เรียกเก็บไม่ครบ รวมถึงการสูญเสียรายได้และเกิดค่าใช้จ่าย
- G82 เกิดปัญหาด้านระบบบริหารพัสดุ เช่น ระเบียบ/แผนความต้องการและการจัดหา/การตรวจรับ/การบำรุงรักษา/การควบคุมการแจกจ่าย การจำหน่าย
- G83 เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้มค่าไม่ได้ตามมาตรฐาน
- G84.....

\*\* หมายถึง Sentinel event พิจารณาจากผลกระทบ

Category	คำจำกัดความ ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์	ระดับ
1	มีโอกาสเกิดความเสี่ยง	1 เกือบพลาด
2	เกิดความเสี่ยงแต่ไม่มีความเสียหาย ไม่สูญเสียรายได้	2 ต่ำ
3	เกิดความเสี่ยง มีการเสียหายแต่สามารถปฏิบัติงานหรือมีสิ่งทดแทนหรือสามารถรอได้ตามระบบของสถาบันฯ	3 ปานกลาง
4	เกิดความเสี่ยงรุนแรงอาจทำให้เกิดโอกาสฟ้องร้อง/สูญเสียภาพลักษณ์/มีมูลค่าความเสียหายตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	4 สูง



บรรยายเหตุการณ์โดยย่อ.....

การแก้ไขเบื้องต้น.....

แนวทางป้องกัน/คู่มือ แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ และการทบทวนเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ.....

ส่วนนี้เฉพาะคณะกรรมการ RM/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

วันที่รับรายงานอุบัติการณ์.....

การดำเนินการ

รวบรวมข้อมูลเพื่อทำสถิติ

ส่งเรื่องให้หัวหน้าหน่วยงาน / หัวหน้ากลุ่มงาน / ระบบงานสำคัญ / PCT.....

วันที่.....

เพื่อ.....

ลงชื่อผู้ดำเนินการ.....



ใบติดตาม IR...../.....

ใบแจ้งและติดตามความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

วันที่  
เรื่อง  
เรียน

รายละเอียดอุบัติการณ์

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ระดับความรุนแรง

รายละเอียดการดำเนินการแก้ไข/ป้องกัน

(นพ.จุมพล ตันติวงษากิจ)  
ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

สรุปความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

มีการดำเนินการไขที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม.....

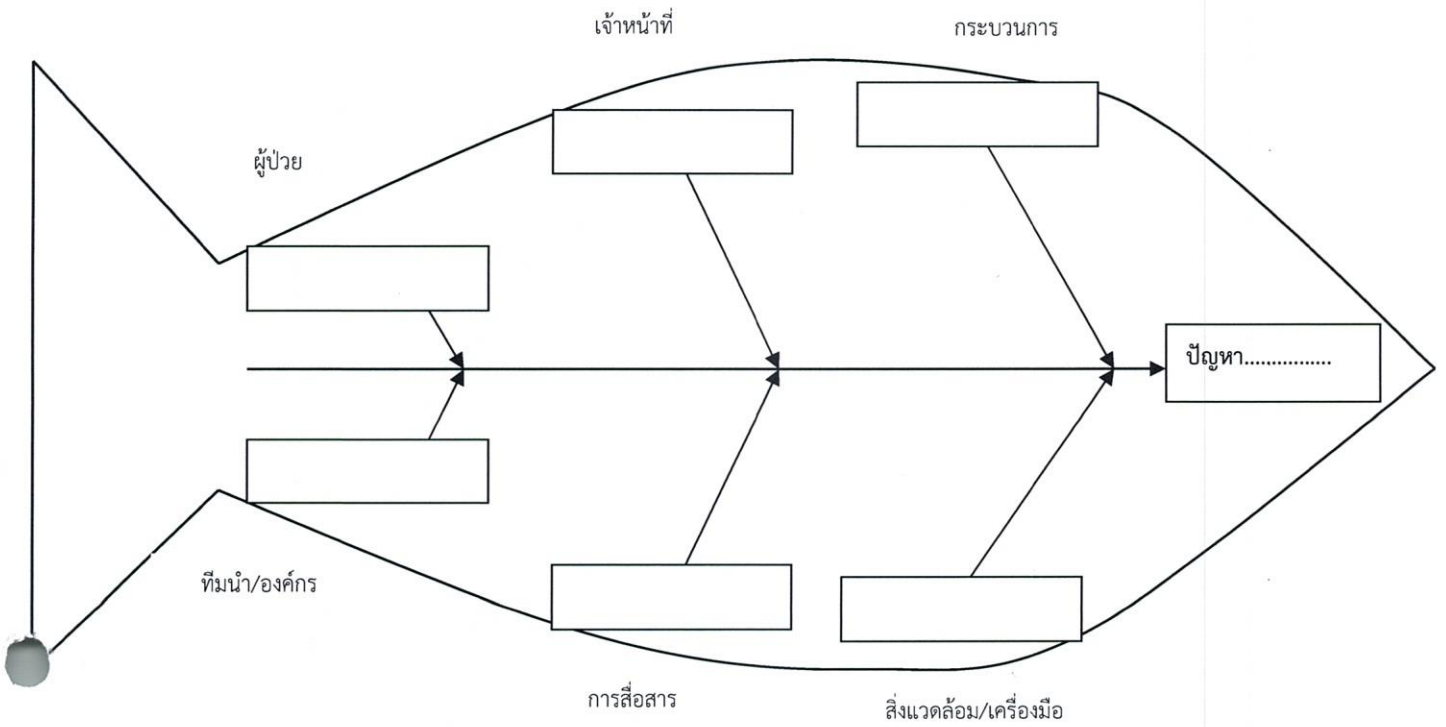
ติดตามครั้งที่.....

ผู้บันทึก.....

วันที่.....



# แผนภูมิแก๊งปลา



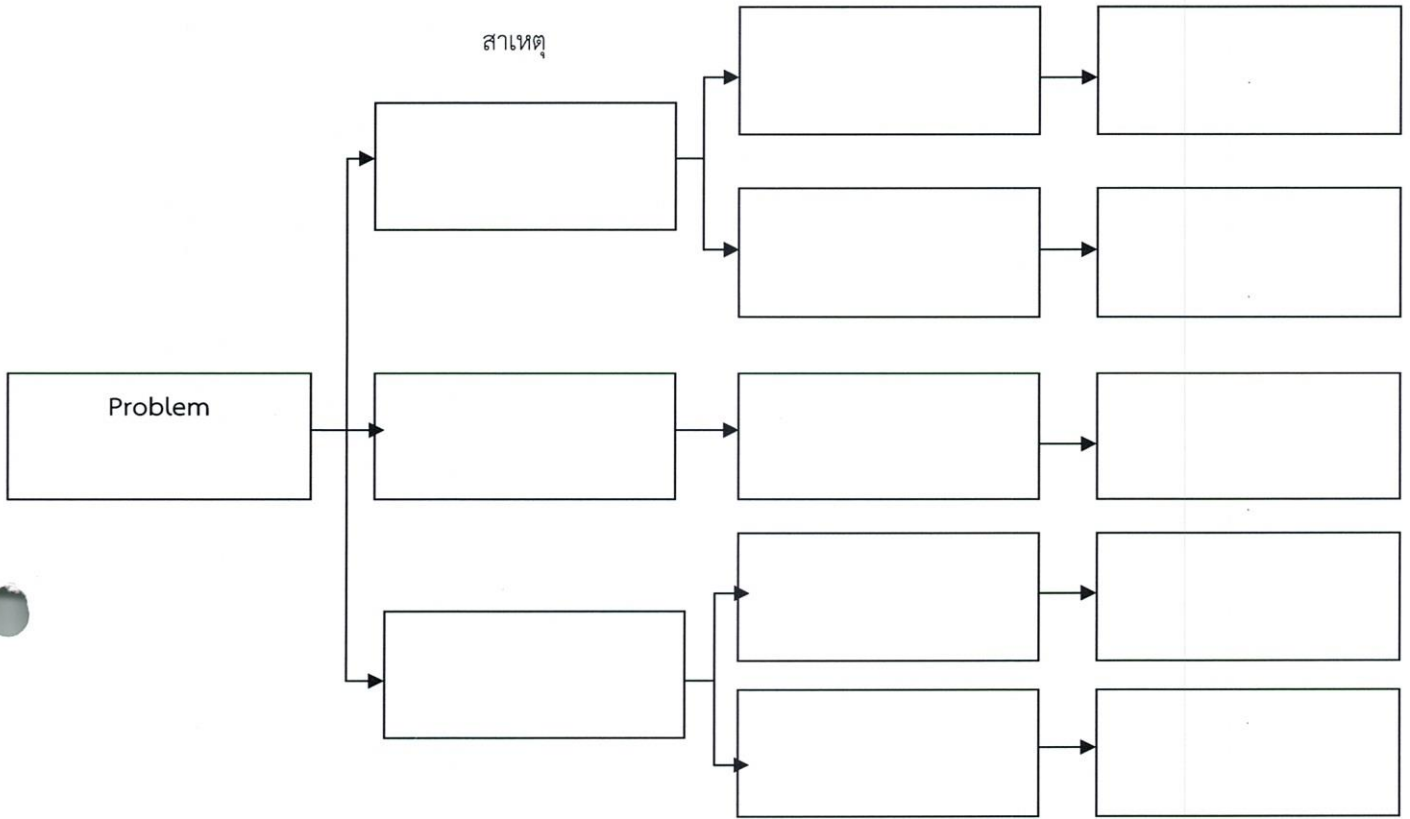
## รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ RCA

สาเหตุของปัญหา	มาตรการ/แนวทางการป้องกัน	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ

Diagram

วิเคราะห์สาเหตุ

การแก้ไข



รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ RCA

สาเหตุของปัญหา	มาตรการ/แนวทางการป้องกัน	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ



Time Lirie

DAY1				DAY2				DAY3				DAY4			

รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ RCA

สาเหตุของปัญหา	มาตรการ/แนวทางการป้องกัน	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ

# สรุปความเสี่ยงหน่วยงานด้าน Clinic

หน่วยงาน.....รอบ 6 เดือน..... ปี.....

ลำดับ	ความเสี่ยง
Common Clinical Risk	
1	
2	
3	
4	
5	
Specific Clinical Risk	
1	
2	
3	
4	
5	
ความเสี่ยงทั่วไป General Risk	
1	
2	
3	
4	
5	
Sentinel Event	
1	
2	
3	
4	
5	



1. การค้นหาความเสี่ยง Risk Identification

NO	Risk ID	Risk Title	Risk Description	จำนวน	ที่มา						ระดับความรุนแรง			
					ใบ IR	บทวน 12 กิจกรรม	บทวนเว นระเบียบ	ข้อร้องเรียน	นิเทศ/ตรวจงาน	อื่นๆ	1 (A - B)	2 (C - D)	3 (E - F)	4 (G - H - I)
		Common Clinical Risk												
		Specific Clinical Risk												
		General Risk												
		Sentinel Event												

2. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยใช้ Risk Matrix

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	ผลกระทบ		โอกาสเกิด		คะแนนความเสี่ยง (ก) x (ข)	ระดับความเสี่ยง
		ความรุนแรง	คะแนน (ก)	ความถี่	คะแนน (ข)		
Common Clinical Risk							
Specific Clinical Risk							
General Risk							
Sentinel Event							

3. การจัดการความเสี่ยง (เลือกความเสี่ยงทาง Clinical/ความเสี่ยงตามกระบวนการ, ความเสี่ยงทั่วไป,และความเสี่ยงเฉพาะโรค 5 ลำดับ มาจัดการความเสี่ยง)

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง		ตัวชี้วัด	ความรุนแรง				ผลลัพธ์			
		การแก้ไข	คู่มือ/แนวทาง		1	2	3	4	2560	2561	2562	
Common Clinical Risk												
Specific Clinical Risk												
General Risk												
Sentinel Event												





1. การค้นหาความเสี่ยง Risk Identification

NO	Risk ID	Risk Title	Risk Description	จำนวน	ที่มา						ระดับความรุนแรง			
					ใบ IR	บทวน 12 กิจกรรม	บทวนเวน ระเบียบ	ข้อร้องเรียน	นิเทศ/ตรวจงาน	อื่นๆ	1	2	3	4