



คณะทันตแพทยศาสตร์
FACULTY OF DENTISTRY
Chulalongkorn University

คู่มือการบริหารความเสี่ยง และการจัดการ ข้อร้องเรียน/เสนอแนะ



ฉบับปรับปรุง
พ.ศ.2566

รายการ	หน้า
ระบบการบริหารความเสี่ยง	
นโยบาย วัตถุประสงค์ ขอบเขต คำจำกัดความ	1
บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ	3
ประเภทความเสี่ยง	4-8
รูปแบบของการรายงานความเสี่ยง	8
การบริหารความเสี่ยง	9-13
การจัดการอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน/ข้อเสนอนแนะ	14-16
ขั้นตอนการกำกับติดตามการแก้ไข/ป้องกัน ปัญหาหรือความเสี่ยงสำคัญ	17
สรุปเหตุการณ์ Sentinel event ที่ต้องรายงาน	18
แนวทางการเปิดเผยการรายงานอุบัติการณ์ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรง	18-19
ภาคผนวก	
1. นโยบายการบริหารความเสี่ยงและความต่อเนื่อง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	21
2. กระบวนการดำเนินการบริหารความเสี่ยง	22-27
3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ	28-29
4. แนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วย/บุคลากรได้รับอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน	29
5. ตารางแนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน	30
6. แนวทางพิจารณาในการปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน	31
7. แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในคลินิก	32-41
8. การแบ่งหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	42
9. แนวทางปฏิบัติส่วนกลางคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	43-49

ระบบการบริหารความเสี่ยง

1. นโยบาย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มุ่งมั่นที่จะให้มีการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยจัดให้มีการค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง ป้องกันและกำจัดหรือลดความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความสูญเสียและสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของผู้ป่วย และญาติ บุคลากร รวมทั้งชื่อเสียง และภาพพจน์ของคณะฯ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้รับบริการ ได้รับการบริการที่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เกิดความพึงพอใจสูงสุด
2. เพื่อให้บุคลากรสามารถจัดการบริหารความเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนักถึงการค้นหาและการรายงานความเสี่ยง พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ
4. เพื่อรักษา/ธำรงไว้ซึ่งชื่อเสียง ภาพพจน์ของคณะฯ อันเกิดจากสิ่งไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้
5. เพื่อให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการข้อร้องเรียน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียนที่ได้รับจากช่องทางการร้องเรียนต่าง ๆ

3. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมถึงการดำเนินการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบคุณภาพและการให้บริการ/คำร้องเรียน/อุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในคณะฯ และกิจกรรมการป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย ได้รับความเจ็บหรือเป็นอันตราย การสูญเสียทรัพย์สินต่างๆ และความเสื่อมเสียต่อภาพพจน์ชื่อเสียงของบุคลากรและคณะฯ รวมทั้งการเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

4. คำจำกัดความ

- 4.1 **ความเสี่ยง** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์
- 4.2 **กระบวนการบริหารความเสี่ยง** หมายถึง กิจกรรมที่ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง, การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล
- 4.3 **เรื่องร้องเรียน** หมายถึง คำร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ทั้งบุคลากรภายนอกและ ภายในหน่วยงานที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินการ
- 4.4 **ข้อเสนอแนะ** หมายถึง คำร้องเพื่อแจ้งให้ทราบ หรือแนะนำ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการบริการ หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ
- 4.5 **Risk Management Committee (RMC)** หมายถึง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ

-
- 4.6 **RM (Risk Manager)** ผู้จัดการความเสี่ยง หมายถึง ที่ได้รับการแต่งตั้งให้รับผิดชอบกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในคณะฯ คณะเดียวกันจะต้องทำหน้าที่ผู้จัดการความเสี่ยงในขอบเขตงานของตน
- 4.7 **Cross Functional Team (CFT)** หมายถึง คณะกรรมการต่างๆ ที่ร่วมกันรับผิดชอบในการแก้ไขหรือหาโอกาสพัฒนาในประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย (PCT), คณะกรรมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (IC), คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV), คณะกรรมการยา เป็นต้น
- 4.8 **Incident Report (IR)** หมายถึง รายงานการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่เป็นไปตามข้อกำหนดทั้งหมด รวมทั้งเหตุการณ์ที่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ (Near Miss) และคำร้องเรียนของลูกค้า โดยรูปแบบการรายงานมี 2 ลักษณะ ได้แก่
- การเขียนรายงานลงในแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์
 - การรายงานผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IOR)
- 4.9 **Customer Complaint (CC)** หมายถึง คำร้องเรียนของลูกค้า
- 4.10 **ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน** หมายถึง ช่องทางการรับข้อร้องเรียนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถ เข้าถึงช่องทางต่างๆ ได้อย่างสะดวก โดยมีช่องทางรับข้อร้องเรียน คือ กล้องรับความคิดเห็น, โทรศัพท์แจ้ง, Website, Facebook , QR Code
- 4.11 **Near Miss (เหตุเกือบพลาด)** หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทันก่อนที่จะถึงผู้ป่วยหรือลูกค้า
- 4.12 **Sentinel Event** หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวัง ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเสียชีวิต อันตรายที่รุนแรงต่อร่างกายหรือจิตใจหรือเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เสียชื่อเสียง/ภาพลักษณ์
- 4.13 **Risk Profile (บัญชีความเสี่ยง)** หมายถึง รายการความเสี่ยงทั้งหมดซึ่งทุกหน่วยงานได้ทำการค้นหาวเคราะห์การระบุวิธีการจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา
- 4.14 **Rescue Team** หมายถึง ทีมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกู้ชีวิตหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน
- 4.15 **Reconcile Team** หมายถึง ทีมไกล่เกลี่ย แก้ไขปัญหา กรณีที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน

5. บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ

5.1 บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- กำหนดประเภทความเสี่ยงระดับความรุนแรงของความเสี่ยง
- กำหนดแนวทางในการค้นหา การบันทึกและรายงานความเสี่ยง และสื่อสารให้ทราบอย่างทั่วถึง
- รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยงและการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อป้องกัน การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
- ติดตามประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
- สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทุกทีม
- จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

5.2 บทบาทหน้าที่หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน (RM Network)

- เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญ เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน กระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยง
- ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกัน และป้องกัน ควบคุม ความเสี่ยงที่สำคัญ
- ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานดำเนินการแล้ว
- ลงนามรับทราบบันทึกรายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน ที่เจ้าหน้าที่ ภายในหน่วยงาน บันทึกรายงาน
- นำทีมทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน
- รวบรวมสถิติ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิเคราะห์ ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
- นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการ RM

5.3 บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

- ทำความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
- บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
- ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ / อุบัติการณ์ซ้ำ

6. ประเภทของความเสียง

ประเภทความเสียงในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 23 ด้าน ดังนี้

1. ความเสียงในการบริหารจัดการการเงินของโรงพยาบาล
 - 1.1 คิดเงินค่าใช้จ่าย/ค่ายา/ค่าเวชภัณฑ์ผิดพลาด
 - 1.2 เรียกเก็บเงินไม่ได้ตามใบแจ้งหนี้
 - 1.3 ปัญหาเกี่ยวกับระบบ DF แพทย์ เช่น บันทึกราคาแพทย์ไม่ถูกต้อง, ระบุชื่อแพทย์ผิด ฯลฯ (คลินิกพิเศษ)
 - 1.4 ผู้ป่วยค้างชำระเงิน ระยะเวลาเกินกว่า 90 วัน
 - 1.5 ผู้ป่วยปฏิเสธการชำระเงิน/ยังไม่ชำระเงิน
 - 1.6 ไม่บันทึกค่าใช้จ่าย/ค่ายา/ค่าเวชภัณฑ์ไม่ครบถ้วน เช่น ให้คนใช้จ่ายเงินแล้วไม่คีย์ค่ารักษาในระบบ
 - 1.7 ออกใบแจ้งหนี้/ใบสรุปการรักษาไม่ถูกต้อง เช่น ผิดคน, ผิด Rank, ผิดราคา ฯลฯ
 - 1.8 ออกใบเสร็จรับเงินไม่ถูกต้อง เช่น ผิดคน ผิดการรักษา ฯลฯ
2. การบริหารทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ
 - 2.1 การจัดการด้านครุภัณฑ์ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ขาดแผนการทดแทนครุภัณฑ์ ขาดข้อมูลครุภัณฑ์เพื่อการบริหารจัดการ
 - 2.2 การบริหารคลังพัสดุไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มีพัสดुकงคลังในคลังมาก พาสุดหมดอายุ สูญหาย
 - 2.3 ความทันสมัยของระบบจัดแสดง/ระบบการให้บริการ
 - 2.4 การวางแผน การบริหารจัดการต้นทุนการดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ
 - 2.5 รายงานเหนื่อยหน่ายได้
 - 2.6 การบำรุงรักษาวัตถุดิบ/ทรัพยากรห้องสมุดไม่มีประสิทธิภาพ
 - 2.7 ความทันสมัยของทรัพยากรห้องสมุดได้แก่ หนังสือ/สิ่งพิมพ์
3. ความเสียงด้านการจัดการด้านยา เวชภัณฑ์และความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 3.1 Administration error (การบริหารยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.2 Dispensing error (การจ่ายยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.3 Pre-Dispensing error (การจัดยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.4 Prescribing error (คำสั่งการใช้ยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.5 ให้เลือดผิดหมู่/Massive Transfusion
4. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ไม่เหมาะสม
 - 4.1 ข้อมูลใบนัดไม่ถูกต้อง เช่น ผิดแพทย์ / ผิดคน / ผิดวัน-เวลา / ผิดสถานที่ / ผิด Rank ฯลฯ
 - 4.2 ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาขอย้ายไปรักษาที่อื่น (นอกคณะ)
 - 4.3 การประชาสัมพันธ์ไม่เหมาะสม
 - 4.4 ข้อมูลใบส่งตรวจ/ใบส่งชิ้นงานไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง

5 ความเสี่ยงในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

- 5.1 Re-Admit ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม
- 5.2 Resurgery/Unplanned Surgery ด้วยโรคเดิม หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม เช่นการติดเชื้อหลังการผ่าตัด/หัตถการ/วิสัญญี
- 5.3 ทำหัตถการซ้ำในปัญหาเดิมโดยไม่ได้คำขออนุญาต
- 5.4 การดูแล Tube/Line/Catheter/Drain ไม่เหมาะสม/เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจาก Tube/Line/Catheter/Drain เช่น VAP, CAUTI
- 5.5 การเฝ้าระวังผู้ป่วย/ติดตามผลการรักษาไม่เหมาะสม
- 5.6 การประเมินไม่เหมาะสม/การประเมินซ้ำ
- 5.7 ต้องส่งต่อไปคลินิกอื่นในคณะ เช่นเคสยาก คนไข้ปฏิเสธการรักษา ทำให้ต้องเปลี่ยนคลินิกรักษา
- 5.8 ทำผ่าตัดโดยไม่มีใบยินยอม
- 5.9 ทำผ่าตัดหรือทำหัตถการ ผิดคน / ผิดข้าง/ ผิดซี่/ ผิดตำแหน่ง
- 5.10 ทำหัตถการโดยไม่มีใบยินยอมในหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงทั้งหมด เช่น ถอนฟัน ผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้สูงอายุมีโรคแทรกซ้อนเสี่ยงสูง ผู้ที่ไร้ความสามารถ
- 5.11 ปฏิบัติไม่ถูกต้องตาม Doctor Order sheet/คำสั่งไม่ชัดเจน/รับคำสั่งผิด
- 5.12 เปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัด
- 5.13 ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังทำให้ต้องเปลี่ยนแผนการรักษา(Unexpected Outcome: Fail)
- 5.14 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด/หัตถการ/วิสัญญี
- 5.15 ไม่เซ็นคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชั่วโมง/ไม่เซ็นใบ Doctor Order
- 5.16 ไม่ได้รับการผ่าตัด/การทำหัตถการในเวลาที่เหมาะสมตามพยาธิสภาพ
- 5.17 ไม่ปฏิบัติตาม CPG/Care Map/Procedure หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน (Error)
- 5.18 ไม่รายงานแพทย์/ติดต่อแพทย์ไม่ได้/Consult แพทย์เฉพาะทางล่าช้า/ไม่มีแพทย์เฉพาะทางรับ Consult
- 5.19 รอรับบริการนาน, รอคิวนาน
- 5.20 เลื่อน/งด ผ่าตัด/หัตถการ
- 5.21 วินิจฉัยโรคล่าช้า/วินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน/วินิจฉัยผิดหรือไม่เหมาะสม
- 5.22 การผ่าตัด/หัตถการ/วิสัญญี ไม่เหมาะสม

6 ความเสี่ยงในการบริหารจัดการหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอน

- 6.1 นิสิตไม่มีสมรรถนะตามที่หลักสูตร รายวิชา หรือหัวข้อในรายวิชากำหนด (Expected Learning Outcome)

-
- 7 การบริหารจัดการ การกำกับดูแล และการนำโดยผู้บริหารทุกระดับ
 - 7.1 การจัดการศึกษาต่อเนื่องแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น ขาดทุนหรือผลการประเมินไม่พึงพอใจ มีผู้ลงทะเบียนไม่ได้ตามเป้าหมาย ไม่มี sponsor ตามเป้า
 - 7.2 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ลงสู่การปฏิบัติให้เกิดผลตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์
 - 7.3 การจัดออกหน่วยทันตกรรมแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น มีผู้รับบริการไม่ได้ตามเป้าหมาย ขาดทุนไม่มี sponsor หรือผลการประเมินไม่พึงพอใจ
 - 7.4 ผลงานวิจัยไม่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่เกิดนวัตกรรมในการพัฒนาสังคม ประเทศ
 - 7.5 ผลงานวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์/ไม่ถูก citation
 - 7.6 การนำข้อมูลสถิติมาใช้ในการจัดการไม่เหมาะสม
 - 8 ประสิทธิภาพของระบบและกระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 8.1 การบูรณาการระบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการแก้ปัญหา ติดตามและป้องกันปัญหาอย่างครบวงจรในการปฏิบัติงานประจำและงานยุทธศาสตร์
 - 9 กระบวนการปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ไม่คล่องตัว เกิดความล่าช้า
 - 9.1 การดำเนินการล่าช้าจากการดำเนินการของกระบวนการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพ
 - 9.2 การเบิกจ่ายพัสดุล่าช้า
 - 10 ความเสี่ยงของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
 - 10.1 ปัญหาเกี่ยวกับระบบ Computer ระบบสารสนเทศ รพ/ pac ไม่มีประสิทธิภาพ
 - 10.2 ขาดแผนการสำรองข้อมูลในระบบสารสนเทศที่สำคัญ
 - 10.3 ความปลอดภัย/การรักษาความลับของข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ
 - 11 กระบวนการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับการแก้ไขข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศใหม่
 - 11.1 ไม่ปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศฉบับใหม่
 - 11.2 กระบวนการทำงานไม่สอดคล้องกับสัญญาจ้าง
 - 11.3 กระบวนการทำงานไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด
 - 12 การผ่านการรับรองมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
 - 12.1 หลักสูตรยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 12.2 การรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (HA)
 - 12.3 ห้องปฏิบัติการไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
 - 12.4 อาคารสถานที่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
 - 13 ความไม่พึงพอใจ/การตอบสนองต่อข้อร้องเรียนของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
 - 13.1 ข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/นิสิต
 - 14 ขาดทีมตอบสนอง แผนและการซักซ้อมเพื่อรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินร้ายแรงอย่างเหมาะสม
 - 14.1 ขาดแผนและการซักซ้อมเพื่อรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินจากภายนอก
 - 14.2 ผู้ป่วยพยายามทำร้ายร่างกาย (ทั้งตนเองและผู้อื่น)/ฆ่าตัวตาย
 - 14.3 ขาดแผนและการซักซ้อมเพื่อรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินตามความเสี่ยงของหน่วยงาน
-

15 ความเสี่ยงในระบบการบริหารและพัฒนาบุคลากร

- 15.1 คณาจารย์ผู้สอนไม่เพียงพอ/ไม่สามารถหาอาจารย์ทดแทนผู้เกษียณอายุ หรือลาออกได้ตามความต้องการของคณะ
- 15.2 ด้านพฤติกรรมบริการ
- 15.3 อัตรากำลังของบุคลากรไม่เหมาะสม/ไม่เพียงพอ
- 15.4 อาจารย์ขาดทักษะการสอนแบบ 21st skill
- 15.5 ชีตความสามารถของบุคลากรไม่เหมาะสม
- 15.6 บุคลากรไม่ปฏิบัติงานตามตำแหน่งงาน

16 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการด้านพัสดุ

- 16.1 การจัดการด้านคลังยาและเวชภัณฑ์ไม่มีประสิทธิภาพ
- 16.2 ยาชา/ยา/วัสดุทันตกรรม/เคมีภัณฑ์หมดอายุ

17 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการด้านเวชระเบียนและเวชสถิติ

- 17.1 การบันทึกข้อมูลการรักษา/การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน,ไม่เหมาะสม,ไม่ถูกต้อง /เวชระเบียนผิดคน
- 17.2 การบันทึกทางการแพทย์/การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน,ไม่เหมาะสม
- 17.3 ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม/ปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เอกสารส่งตัวไม่ครบ
- 17.4 การนำข้อมูลเวชสถิติมาใช้บริหารจัดการไม่เหมาะสม

18 ความเสี่ยงของระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ

- 18.1 เครื่องมือที่มีวัสดุปนเปื้อนตกค้าง/การบรรจุฉีกขาด ก่อนการใช้งาน
- 18.2 ทั้งขยะติดเชื้อ/ไม่คัดแยกผ้า หรือเวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ

19 ความเสี่ยงต่อมาตรฐานวิชาชีพ/ระบบการกำกับ ควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย

- 19.1 อาจารย์ไม่เป็น Roll Model ที่ดีด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ

20 ความเสี่ยงของระบบตรวจสอบปฏิบัติการทางการแพทย์ และรังสี

- 20.1 ความคลาดเคลื่อนทาง X-ray เช่น X-ray ผู้ป่วยผิดคน/ผิดตำแหน่ง/ผิดประเภทฟิล์ม/ส่ง ฟิล์ม X-ray ผิดคน ทำให้การวางแผนการรักษาผิดพลาด
- 20.2 ไม่ได้รับผลการส่งตรวจ-ชิ้นงาน /ได้รับผลการส่งตรวจ-ชิ้นงานล่าช้า :labทันตะ พยาธิ เลือด
- 20.3 รายงานผลการตรวจต่างๆ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน : X-ray lab พยาธิ เลือด
- 20.4 ชิ้นงาน/ส่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง/ไม่มีคุณภาพ/ผิดคน

21 ประสิทธิภาพของงานบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

- 21.1 ขาดแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ ขาดการตรวจสอบบำรุงรักษา

22 การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยไม่เหมาะสม

- 22.1 คนใช้ถูกโจรกรรม/ลักทรัพย์/ทำลายทรัพย์สิน/คุกคาม/ข่มขู่
- 22.2 บุคลากร นิสิต ถูกทำร้าย/ถูกโจรกรรม/ลักทรัพย์/ทำลายทรัพย์สิน/คุกคาม/ข่มขู่

-
- 22.3 บุคลากร/นิสิตถูกของร้อนลวก/ไหม้/ไฟช็อต/สารเคมี/ไอระเหย
 - 22.4 บุคลากรบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานในคลินิก: นิสิต/เจ้าหน้าที่
 - 22.5 ปัญหาด้านอาคาร สถานที่ และระบบปรับอากาศ เช่น เสียงดัง, น้ำรั่ว, ที่จอดรถ, น้ำท่วม, แอร์ไม่เย็น ฯลฯ
 - 22.6 ผู้ป่วย นิสิต บุคลากร ได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง
 - 22.7 พื้นที่ปฏิบัติการไม่สะอาด ไม่ปลอดภัย ไม่พร้อมในการทำงาน
 - 22.8 ลื่นล้ม/ตกจากเตียง/เก้าอี้ทำฟัน
 - 22.9 อุบัติเหตุไฟไหม้/ไฟดับ
 - 22.10 ทิ้งขยะไม่ถูกที่/ผิดประเภท
 - 22.11 บุคลากรบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานทั่วไป
 - 22.12 ทรัพย์สินของคณะ/หน่วยงานสูญหาย

23 ความเสี่ยงในการบริหารจัดการการเงินด้านโครงการ

- 23.1 เรียกเก็บเงินไม่ได้ตามใบแจ้งหนี้/ค่าปรับ/ค่าธรรมเนียม

6.2 ด้านการปฏิบัติงานอื่นๆ ของคณะฯ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

- 6.2.1 Strategic Risk ความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ หรือกลยุทธ์ของสถาบัน
- 6.2.2 Operation Risk ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน เช่น ความเสี่ยงของกระบวนการบริหารหลักสูตร
- 6.2.3 Financial Risk ความเสี่ยงด้านการเงิน งบประมาณ
- 6.2.4 Compliance Risk ความเสี่ยงด้านกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ/มาตรฐาน
- 6.2.5 Reputation Risk ความเสี่ยงด้านชื่อเสียง และภาพลักษณ์ เช่น คุณธรรม จริยธรรม ธรรมภิบาลในองค์กร
- 6.2.6 Hazard and Disaster Risk ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น ภัยพิบัติอันตราย

7. รูปแบบของการรายงานความเสี่ยง

7.1 Incident Report (IR) : รายงานการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งเหตุการณ์ที่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ (Near Miss) และคำร้องเรียนของลูกค้า โดยมีประเภทของการรายงานความเสี่ยงเป็น 2 ประเภท คือ

- 7.1.1 ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk)** หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันไม่เกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาล เช่น คิดค่าใช้จ่ายผิดพลาด ทรัพย์สินสูญหาย พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม อคติภัย ฯลฯ
- 7.1.2 ความเสี่ยงทางด้านคลินิก (Clinical Risk)** หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา ผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เป็นต้น

8. การบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มีการจัดระบบการบริหารความเสี่ยงออกเป็น 2 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการกิจกรรมการป้องกัน
2. กระบวนการกิจกรรมแก้ไข

1. กระบวนการกิจกรรมการป้องกัน

1.1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RMC) กำหนดนโยบาย และวางแผนการบริหารความเสี่ยง และดำเนินการดังนี้

- 1.1.1 วางแผนการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ พร้อมทั้งกำหนดโครงสร้างการทำงาน การประสานงาน แผนการสื่อสารกับทีมที่รับผิดชอบความเสี่ยงด้านต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 1.1.2 กำหนดประเด็น/หัวข้อความเสี่ยงของคณะฯ ที่ควรพิจารณาป้องกันอย่างเป็นระบบทั่วทั้งคณะฯ และมอบหมายทีมที่รับผิดชอบความเสี่ยงด้านต่างๆ

1.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การทำMorning Brief ,Tracer ,Round หรือ 12 กิจกรรม ทบทวน เป็นต้น
2. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คำร้องเรียน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis/Assessment)

เมื่อทำการค้นหา หรือรวบรวมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมด แล้วนำมาประเมิน/วิเคราะห์ ความเสี่ยงเพื่อจัดลำดับความสำคัญในการป้องกัน โดยดูจากโอกาส และความรุนแรง ดังต่อไปนี้

1. ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งได้ ดังตารางต่อไปนี้

ผลกระทบ (Impact)					
	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Non Clinic แก่ไขว้คู่มือคณะ	HA		Personnel Safety Goals	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Clinic แก่ไขว้คู่มือคณะ
Insignificant ผลกระทบ น้อยมาก (ระดับ 1)	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ ไม่มีผลกระทบ ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์การดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0 – 10,000 บาท)	A	ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน	A (เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ผู้ป่วยหรือบุคลากร	ยังไม่เกิดผลกระทบหรือปัญหา (เกือบพลาด)
		B	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย	B (เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่น แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร	เกิดข้อผิดพลาดแต่ยังไม่มีปัญหากับผู้ป่วย
		C	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องการรักษาไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย	C (เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	เกิดข้อผิดพลาดที่มีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับอันตราย
Minor ผลกระทบ น้อย (ระดับ 2)	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001 – 50,000 บาท)	D	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตรายแต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม	D (ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	เกิดปัญหากับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม

ผลกระทบ (Impact)					
	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Non Clinic แก่ไข่มือก้อน	HA		Personnel Safety Goals	
					เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Clinic แก่ไข่มือก้อน
Moderate ผลกระทบปานกลาง (ระดับ 3)	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001 – 250,000)	E	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น
		F	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	F	(เฝ้าระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติ หรือเกิดกำหนดผู้ได้รับผลกระทบ ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ผลกระทบ (Impact)					
	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Non Clinic แก่ไขข้อมือคณะ	HA		Personnel Safety Goals	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Clinic แก่ไขข้อมือคณะ
Major ผลกระทบสูง (ระดับ 4)	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และ ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุ ผลสำเร็จตามเป้าหมาย (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่า ความเสียหาย 250,001 - 10,000,000 บาท)	G	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการ	G (ต้องการ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วย หรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจาก โรงพยาบาล	เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเกิดความพิการ หรือสูญเสียอวัยวะ
		H	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาทำการกู้ชีวิต/ผู้ป่วย เกือบเสียชีวิต	H (ต้องการป้) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วย หรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการ ช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจาก โรงพยาบาล	ผู้ป่วยต้องได้รับการปฏิบัติการกู้ชีวิต/ เกือบเสียชีวิต
Extreme ผลกระทบสูงมาก (ระดับ 5)	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และ มีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุ ผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่าง ร้ายแรง (* เกิดผลกระทบที่มี มูลค่าความเสียหาย > 10 ล้าน บาท)	I	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็น อันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต	I (จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วย หรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ	เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ง (Risk Response)

ก. กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ง ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ดังนี้

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ง (A = risk avoidance) คือการที่บุคคลหรือหน่วยงาน/คณะยติการทำหน้าทีบางอย่างที่มีความเสี่งสูง
2. การผ่องถ่ายความเสี่ง (T = risk transfer) คือการที่มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าทีที่มีความเสี่ง
3. การป้องกันความเสี่ง (P = risk prevention) เช่น การใส่เสื้อตะกั่วป้องกันรังสี การสำรวจสิ่งแวดลอมเพื่อป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น
4. การลดความสูญเสี่ง (R = loss reduction) คือกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสี่งหายขึ้นแล้ว เช่น การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

ข. การกำหนดกิจกรรม/มาตรการป้องกัน เมื่อค้นหาความเสี่งได้แล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบทำการกำหนดกิจกรรม/มาตรการป้องกัน และบันทึกในบัญชีความเสี่ง (Risk Profile)

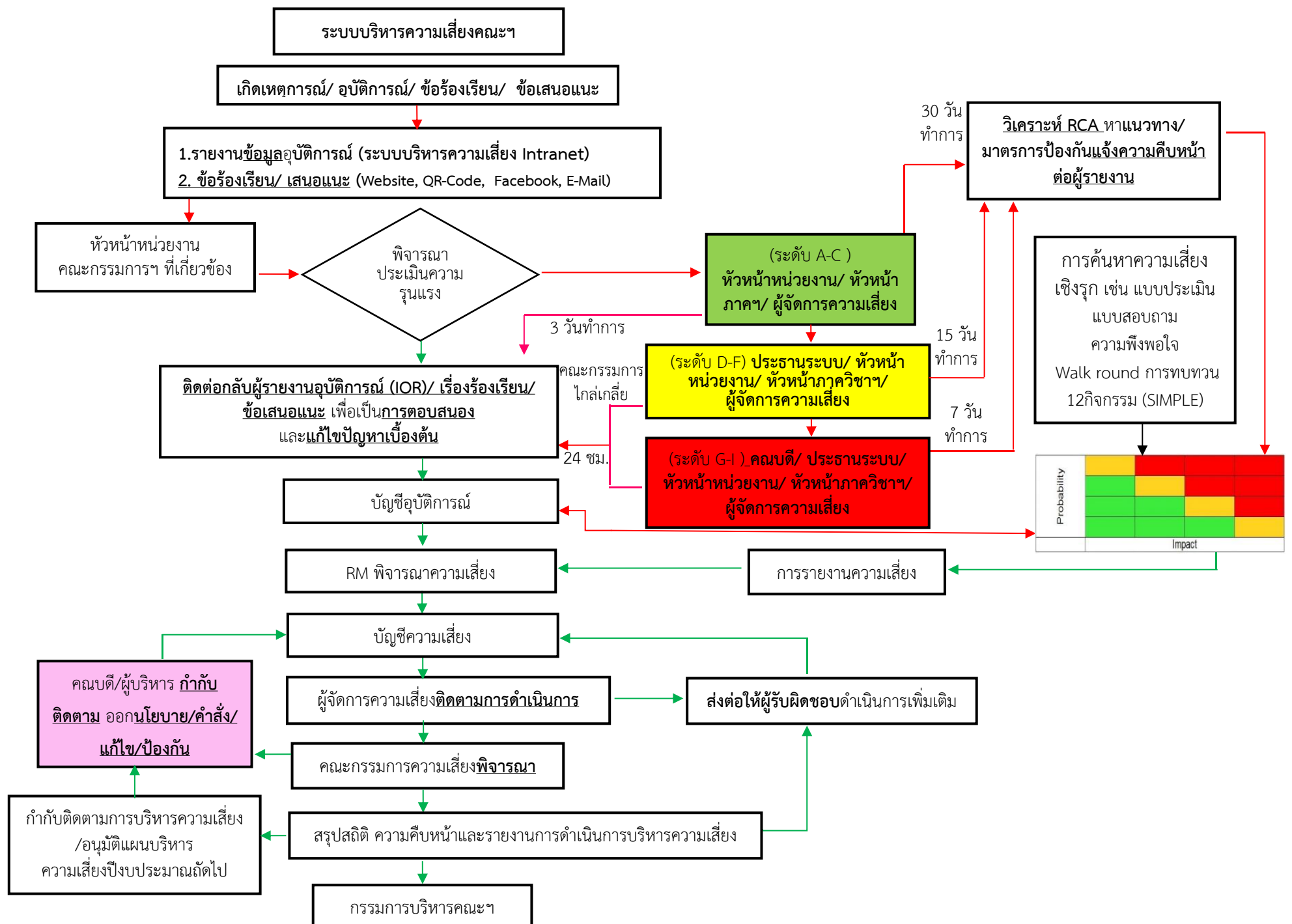
ขั้นตอนที่ 4 การตรวจติดตามและประเมินผล (Risk Evaluation) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ก. การติดตามประเมินผลของ คณะกรรมการบริหารความเสี่ง ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

คณะกรรมการบริหารความเสี่งจะดำเนินการตรวจติดตามความเสี่งโดยใช้รายการและผลตรวจติดตามความเสี่งของแต่ละด้าน และจะสรุปผลการตรวจติดตามความเสี่งของแต่ละด้าน

ข. การติดตามประเมินผลของหน่วยงาน

ทุกหน่วยงานจะทำการติดตามประเมินการบริหารความเสี่งของหน่วยงานโดยการเฝ้าติดตามความถี่ในการรายงาน

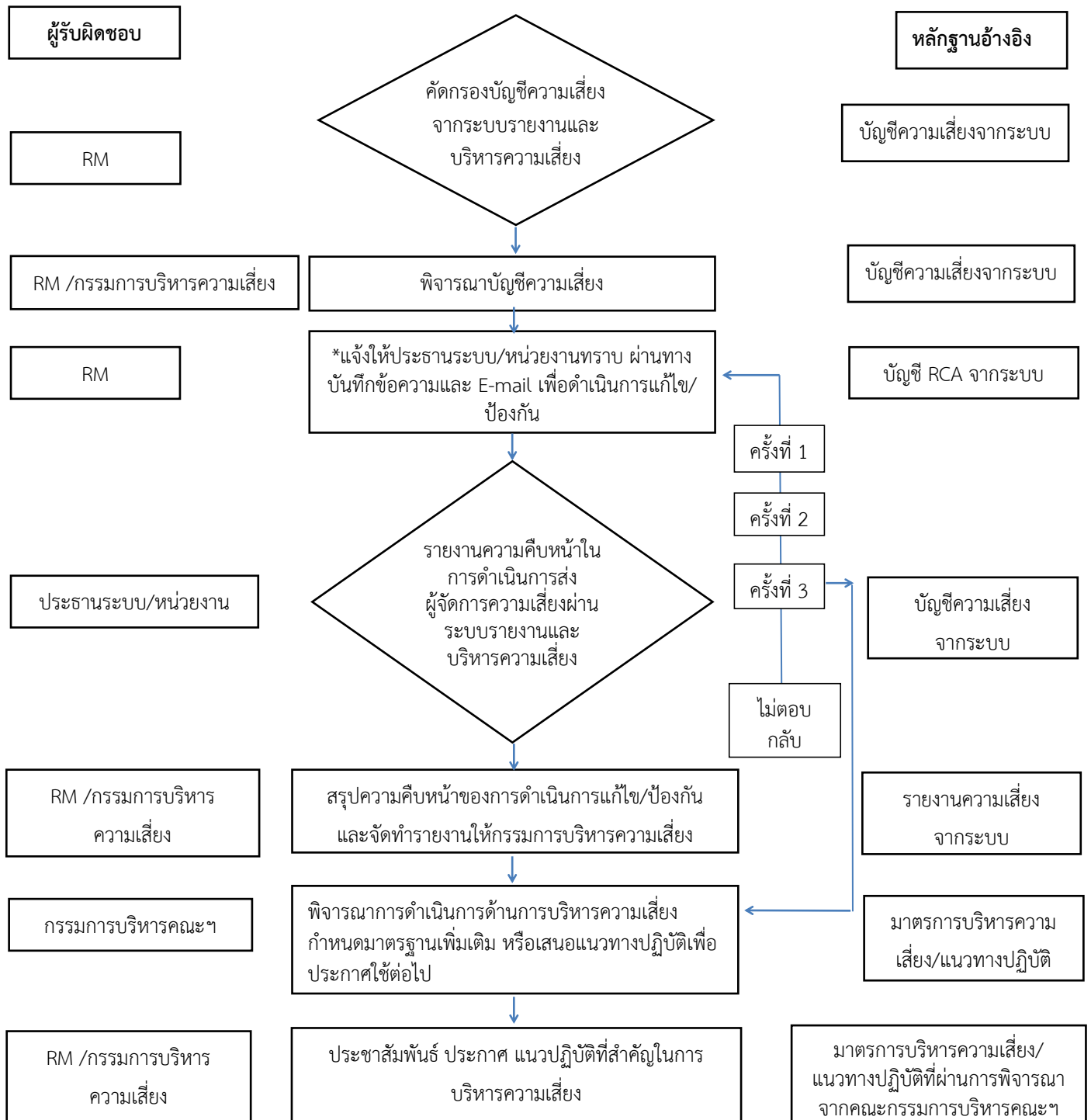


การจัดการรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ

ระดับ	ผลกระทบ	นิยาม	ตัวอย่างเหตุการณ์	การบริหารจัดการ รายงานอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน
A-C	ไม่รุนแรง	ข้อคิดเห็นเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน เรื่องเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว	- การเสนอแนะ เกี่ยวกับการให้บริการ - คำทัก ต่อว่า พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	- ติดต่อกลับผู้ร้องเรียน ภายใน 3 วันทำการ เพื่อเป็นการตอบสนองและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น - หัวหน้าหน่วยงาน คณะกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบข้อเท็จจริง ดำเนินการตามกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ร้องเรียน - หัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้าภาคฯ/ ผู้จัดการความเสี่ยง หาแนวทางแก้ไขป้องกัน ปรับปรุง - รายงานผู้บริหาร/ ผู้รับผิดชอบทราบ - แจ้งผลคืบหน้าการดำเนินการต่อผู้ร้องเรียน ภายใน 30 วันทำการ
D-F	ไม่รุนแรงแต่เสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง	ข้อร้องเรียนเรื่องใหญ่ เรื่องที่เสียชื่อเสียง ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยทีมใกล้เคียงและอำนาจของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงฯ	- การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ - การร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Website, Facebook, E-Mail	- ติดต่อกลับผู้ร้องเรียน ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อเป็นการตอบสนองและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น - หัวหน้าหน่วยงาน คณะกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบข้อเท็จจริง ดำเนินการตามกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ร้องเรียน - ประธานระบบ/ หัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้าภาควิชาฯ/ ผู้จัดการความเสี่ยง หาแนวทางแก้ไข/ป้องกัน/ปรับปรุง - รายงานผู้บริหาร/ ผู้รับผิดชอบทราบ - แจ้งผลคืบหน้าการดำเนินการต่อผู้ร้องเรียน ภายใน 15 วันทำการ

ระดับ	ผลกระทบ	นิยาม	ตัวอย่างเหตุการณ์	การบริหารจัดการ รายงานอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน
G-I	รุนแรง	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ร้องเรียนต่อสื่อมวลชน หรือเกิดการฟ้องร้อง หรือต้องชดเชยค่าเสียหาย ต้องอาศัยทีมใกล้เคียงและอำนาจของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงฯ	- ดำทอ ทำร้ายร่างกาย - มีประเด็นด้านกฎหมาย การฟ้องร้อง - การร้องเรียนคณะฯ/ โรงพยาบาล คณะฯ ให้ชดเชยค่าเสียหายจากการให้บริการที่ผิดพลาด - ร้องเรียนด้านจริยธรรม	- ติดต่อกลับผู้ร้องเรียน ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อเป็นการตอบสนองและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น - หัวหน้าหน่วยงาน คณะกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบข้อเท็จจริง ดำเนินการตามกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ร้องเรียน - คณบดี/ ประธานระบบ/ หัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้าภาควิชา/ ผู้จัดการความเสี่ยง หาแนวทางแก้ไข/ป้องกัน/ปรับปรุง - รายงานผู้บริหาร/ ผู้รับผิดชอบทราบ - แจ้งผลคืบหน้าการดำเนินการต่อผู้ร้องเรียน ภายใน 7 วันทำการ

ขั้นตอนการกำกับติดตามการแก้ไข/ป้องกัน ปัญหาหรือความเสี่ยงสำคัญ



**สรุปเหตุการณ์ Sentinel event ที่ต้องรายงานหัวหน้าคลินิก/หัวหน้าภาควิชา/
ผู้จัดการความเสี่ยง/รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพ/รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล/คณบดี ทันที**

1. เหตุการณ์รุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ/ ร้องเรียน และส่งต่อการถูกฟ้องร้อง หรือดำเนินการทางกฎหมาย เช่น คนไข้ต้องการร้องเรียนผู้นำระดับสูง/ ฟ้องร้อง/ ลงสื่อโซเชียลมีเดีย
2. ให้การรักษาพยาบาล ผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง/ ผิดหลักการ เช่น ถอนฟันผู้ป่วยผิดซี่/ ผิดคน/ การผ่าตัดผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง
3. เกิดผลข้างเคียงรุนแรงที่เสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยจากการให้ยา หรือให้เลือด ผิดคน / ผิดหมู่ / ผิดชนิด
4. สิ่งแปลกปลอมตกลงคอ หรือตกค้างอยู่ในร่างกาย
5. Injuries to patient ระดับ F ขึ้นไป (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น)
6. Injuries to personnel ระดับ F ขึ้นไป (มีคนไ้กรรม ในคณะฯ ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายกับ บุคลากร จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล)
7. ผู้ป่วย บุคลากร นิสิต ถูกทำร้ายร่างกาย/ ล่วงละเมิดทางเพศ/ โจรกรรม ในคณะฯ
8. ผู้ป่วย บุคลากร นิสิต ได้รับอุบัติเหตุหรือ เกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ รุนแรง ถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาล (โทร 1669) เช่น มีอาการทางระบบประสาท หัวใจหยุดเต้น หายุดหยาใจ
9. ไฟดับ ไฟช็อต ไฟฟ้าลัดวงจร ระบบคอมพิวเตอร์ล่ม ไม่สามารถใช้งานได้ แล้วส่งผลกระทบต่อ การให้บริการ รักษาผู้ป่วยนานกว่า 30 นาที
10. อัคคีภัย อุทกภัย วาตภัยรุนแรง แก๊สรั่ว แก๊สระเบิด สารเคมีหกรั่วไหล ที่คนในพื้นที่เกิดเหตุไม่สามารถระงับเหตุเองได้ (ต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น)

ซึ่งมีรายละเอียดของแนวทางในการปฏิบัติในแต่ละกระบวนการดังต่อไปนี้

1. การดำเนินการต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล

การดำเนินการต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการบริหารความเสี่ยง นั่นคือ ขั้นตอนการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2.1 การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อพบอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ผู้พบอุบัติการณ์ พิจารณาดังนี้

2.1.1 กรณีประสบเหตุไม่รุนแรง (ระดับ A - C)

- กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่ผู้พบอุบัติการณ์ต้องรีบดำเนินการแก้ไขทันที และรายงานหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อบันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์(IOR) ภายใน 72 ชั่วโมง
- กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้หรือไม่มั่นใจ ให้รีบรายงานหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อร่วมดำเนินการแก้ไข และให้บันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์(IOR) ภายใน 72 ชั่วโมง

2.1.2 กรณีประสบเหตุรุนแรงปานกลาง (ระดับ D - F)

- กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่ผู้พบอุบัติการณ์ต้องรีบดำเนินการแก้ไขทันที และรายงานหัวหน้าหน่วยงานเพื่อบันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ ภายใน 24 ชั่วโมง
- กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้หรือไม่มั่นใจ ให้รีบรายงานหัวหน้าหน่วยงานเพื่อร่วมดำเนินการแก้ไข แล้วให้บันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์(IOR) ภายใน 24 ชั่วโมง

2.1.3 กรณีประสบเหตุรุนแรงมาก หรือ Sentinel Event (ระดับ G ถึงระดับ I)

ผู้พบเหตุการณ์รายงาน หัวหน้าหน่วยเพื่อรายงานต่อ ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละระบบ /Rescue Team เพื่อร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา/ดำเนินการช่วยเหลือตามความเหมาะสมของแต่ละเหตุการณ์ทันที และหน่วยงานบันทึก Incident report เข้าสู่ระบบรายงานอุบัติการณ์

2.1.4 กรณีได้รับข้อร้องเรียน_ให้ดำเนินการดังนี้

- ผู้รับข้อร้องเรียน แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าตามแนวทางที่วางไว้ หรือตามประสบการณ์
- รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ในกรณีแก้ไขปัญหาลำพังไม่ได้
- ดำเนินการแก้ไข/จัดการข้อร้องเรียนนั้นแล้ว มีระบบการสื่อสาร/ตอบกลับให้ลูกค้าทราบ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับข้อร้องเรียน
- เขียนใบรายงาน Incident report เข้าสู่ระบบรายงานอุบัติการณ์ และดำเนินการแก้ไขตามระดับความรุนแรงตาม IR

2.1.6 กรณีพบอุบัติเหตุจากปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในเรื่อง ถูกเข็ม, ของมีคม สกัดหลังจากผู้ป่วยเข้าสู่ร่างกาย ให้ดำเนินการตามคู่มือ เรื่องการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เมื่อได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานถูกเข็ม, ของมีคม, สกัดหลังจากผู้ป่วยเข้าสู่ร่างกาย

2.1.7 กรณีมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจากการเกิดอุบัติการณ์ ขอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ขออนุมัติค่าใช้จ่าย / ส่วนลด โดยระบุชื่อ – นามสกุล HN ผู้รับผลจากเหตุการณ์ (ใช้งบประมาณจากโครงการพัฒนาความพึงพอใจผู้ป่วย รหัสศูนย์ต้นทุน 2232710012)

แนวทางการปิดประเด็นการรายงานอุบัติการณ์ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรง

1) เหตุการณ์ระดับไม่รุนแรง (ระดับ A -C)

ให้หน่วยงาน/คณะกรรมการ ดำเนินการแก้ไขป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาซ้ำ รวบรวมสรุปสถิติ และทบทวนวิธีปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเขียนแนวทางการแก้ไขและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นแล้วบันทึกเข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ภายใน 1 เดือน แล้วคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ค่อยพิจารณาอนุมัติปิด IR

2) เหตุการณ์ระดับรุนแรงปานกลาง (ระดับ D-F)

ให้หน่วยงาน/คณะกรรมการ ดำเนินการแก้ไขป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาซ้ำ รวบรวมสรุปสถิติและดำเนินการหา Root Cause Analysis หรือจัดทำ CQI เมื่อเกิดปัญหาเกิดขึ้นซ้ำๆ และทบทวนวิธีปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเขียนแนวทางการแก้ไขการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ภายใน 15 วัน แล้วคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง พิจารณาอนุมัติปิด IR

3) กรณีระดับรุนแรงมาก หรือ Sentinel Event (ระดับ G - I)

ให้หน่วยงานร่วมกับคณะกรรมการหรือทีมเพื่อดำเนินการแก้ไขโดยใช้ Root Cause Analysis (RCA) เพื่อให้แผนก/ฝ่ายดำเนินการแก้ไขระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยให้ นำเสนอแนวทางการแก้ไขบันทึกเข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ภายใน 7 วัน แล้วคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงดำเนินการติดตามผล และพิจารณาปิด IR

ภาคผนวก

1. นโยบายมหาวิทยาลัย
2. SIPOC RM (การจัดการและรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ค้นหาความเสี่ยง, ประเมินอุบัติการณ์, ประเมินความเสี่ยง, การกำกับติดตามประเมินผล, การสรุปรายงาน)
3. แบบแจ้งข้อเสนอนะ เรื่องร้องเรียน/ชมเชย
4. แนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วย/บุคลากรได้รับอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน
5. ตารางแนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
6. แนวทางพิจารณาในการปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
7. แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในคลินิก
8. การแบ่งหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
9. แนวทางปฏิบัติส่วนกลางของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นโยบายการบริหารความเสี่ยงและความต่อเนื่อง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตระหนักดีว่าการบริหารความเสี่ยงมีความสำคัญยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายและความยั่งยืนของมหาวิทยาลัยภายใต้ภูมิทัศน์ทางการอุดมศึกษาที่เปลี่ยนแปลงอย่างพลิกโฉม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่ามีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล ป้องกันความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่แน่นอนต่างๆ สามารถดำเนินการกิจได้อย่างต่อเนื่อง แสวงหาโอกาสในการสร้างคุณค่าสู่สังคม พร้อมทั้งสร้างเสริมวัฒนธรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจึงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1. มหาวิทยาลัยนำระบบการบริหารความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานสากลมาปฏิบัติใช้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยเชื่อมโยงกันทั้งระดับองค์กร ระดับส่วนงานและหน่วยงาน และกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ วางแผนปฏิบัติงานทั้งภารกิจสร้างผลผลิตหลักและภารกิจสนับสนุนการดำเนินงาน
2. มหาวิทยาลัยกำหนดให้ทุกส่วนงาน หน่วยงานมีวางมาตรการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในที่เพียงพอ บริหารจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย และแสวงหาโอกาสในการสร้างคุณค่าให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม
3. ทุกส่วนงาน หน่วยงาน ผู้บริหาร และบุคลากรในฐานะส่วนหนึ่งของประชาคมจุฬาฯ ร่วมเป็นเจ้าของความเสี่ยง มีหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบายการบริหารความเสี่ยง กรอบการบริหารความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด รวมทั้งรายงานผลการบริหารความเสี่ยง และทบทวนปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ
4. มหาวิทยาลัยสนับสนุนการสร้างเสริมวัฒนธรรมการบริหารความเสี่ยง สื่อสารให้เกิดความเข้าใจความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของประชาคมในการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ
5. กรณีหากเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลให้มหาวิทยาลัยหยุดชะงักหรือตกอยู่ในภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถดำเนินการกิจได้ตามปกติ ให้มีการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤตนั้นโดยทันทีเพื่อบรรเทาผลกระทบและให้มหาวิทยาลัยสามารถดำเนินการกิจได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมสร้างมาตรการคุ้มกันก่อนเกิดภาวะวิกฤติ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อประชาคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่ 5 มีนาคม 2564 เป็นต้นไป



(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

นายกสภามหาวิทยาลัย

ชื่อกระบวนการ		เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์		
ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ				
Supplier	Input	Process	Output	Customer
บุคลากร คณาจารย์ประธานระบบต่างๆ คณะกรรมการใกล้เคียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	เชิงรับ 1.ข้อมูลรายงานความเสี่ยง/ข้อร้องเรียน/ชมเชย 2.รายงานอุบัติการณ์จากระบบการรายงานความเสี่ยง 3. รายงานอุบัติการณ์ จากช่องทางอื่น เช่น โทรศัพท์ บัตรสนทนา ข้อเสนอแนะ เชิงรุก 4.Work Round 5. ทบทวน 12 กิจกรรม 6.VOC		1. ข้อมูลอุบัติการณ์ผ่านระบบการรายงานความเสี่ยง	1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 2. Response team –ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
Response team	1. ข้อมูลอุบัติการณ์ผ่านระบบการรายงานความเสี่ยง		1. ผู้ประสบอุบัติการณ์ได้รับการช่วยเหลือทันที 2. แผนรองรับภาวะฉุกเฉินวิกฤติ	-ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
RM			รายงานผู้บริหาร	1.ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 2. คณะกรรมการบริหารคณะฯ
บุคลากร คณาจารย์ประธานระบบต่างๆ คณะกรรมการใกล้เคียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1.ข้อมูลอุบัติการณ์ผ่านระบบการรายงานความเสี่ยง		รายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบการรายงานความเสี่ยง	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ชื่อกระบวนการ		ค้นหาความเสี่ยง		
ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ				
Supplier	Input	Process	Output	Customer
บุคลากร คณาจารย์ประธานระบบต่างๆ คณะกรรมการใกล้เคียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. รายงานอุบัติการณ์ (Incident)	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ ข้อร้องเรียน	ผู้ประสบเหตุดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น	1. คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง
	1.ผู้ประสบเหตุโทรแจ้งหัวหน้า หน่วยงาน 2. ความรุนแรงระดับ GHI, SE	โทรแจ้ง Response team ทันที	1. หัวหน้าหน่วยงานเจ้าของ พื้นที่ที่เกิดเหตุดำเนินการแก้ไข เบื้องต้น	
	1. รายงานอุบัติการณ์ (Incident)	ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ	1.ข้อมูลรายงานความเสี่ยง/ข้อ ร้องเรียน/ชมเชย 2.รายงานอุบัติการณ์จากระบบ การรายงานความเสี่ยง 3. รายงานอุบัติการณ์ จาก ช่องทางอื่น เช่น โทรศัพท์ บัตร สนทนา ข้อเสนอแนะ	
		ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก	4.Work Round 5. ทบทวน 12 กิจกรรม 6. Voc	
	1. ข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุก 2. ข้อมูลความเสี่ยงเชิงรับ	รายงานในระบบบริหาร ความเสี่ยงของคณะฯ	ประเด็นความเสี่ยง	

ชื่อกระบวนการ	ประเมินอุบัติการณ์			
ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ				
Supplier	Input	Process	Output	Customer
บุคลากร คณาจารย์ประธานระบบ ต่างๆ คณะกรรมการใกล้เคียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1.ข้อมูลอุบัติการณ์		รายงานอุบัติการณ์ (Incident)	1. คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง
RM	รายงานอุบัติการณ์ (Incident)		ระดับความรุนแรงของ อุบัติการณ์	1. คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง 2. คณะกรรมการบริหาร คณะฯ
RM	ความรุนแรงระดับ A-C		ผลการประเมิน อุบัติการณ์	หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้า งาน
RM	ความรุนแรงระดับ D-F			ประธานระบบ/หัวหน้า ภาควิชา/หัวหน้างาน
RM	ความรุนแรงระดับ G H I, SE			คณบดี/ประธานระบบ/ หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้า งาน

ชื่อกระบวนการ	ประเมินความเสี่ยง			
ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ				
Supplier	Input	Process	Output	Customer
1.คณบดี 2.รองคณบดี 3.ประธานระบบ 4.หัวหน้างาน/หัวหน้าภาควิชา	1.ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง ในกระบวนการของระบบงาน		รายงานความเสี่ยง	1. คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง
1.คณบดี 2.รองคณบดี 3.ประธานระบบ 4.หัวหน้างาน/หัวหน้าภาควิชา	รายงานความเสี่ยง		ผลประเมิน Risk Score ผลกระทบและโอกาสเกิด	1. คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง
1.คณบดี 2.รองคณบดี 3.ประธานระบบ 4.หัวหน้างาน/หัวหน้าภาควิชา	ระดับความรุนแรง High mediem low		บัญชีความเสี่ยงของ หน่วยงาน/ระบบงาน	1. คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง
1.คณบดี 2.รองคณบดี 3.ประธานระบบ 4.หัวหน้างาน/หัวหน้าภาควิชา	บัญชีความเสี่ยง		รายงานในระบบบริหารความเสี่ยง	1. คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง
RM	รายงานความเสี่ยง		รายงานบัญชีความ เสี่ยงระดับคณะฯ	บัญชีความเสี่ยงระดับ คณะฯ

ชื่อกระบวนการ	กำกับติดตามและประเมินประสิทธิผล			
ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ				
Supplier	Input	Process	Output	Customer
Rm/คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง ของคณะฯ	บัญชีความเสี่ยงจากระบบการ รายงานความเสี่ยง	<pre> graph TD A([Monitor ใน ระบบ]) --> B{พิจารณา} B --> C[บันทึกการดำเนินการในระบบ รายงานความเสี่ยงของคณะฯ] C --> D[ติดตามการดำเนินการ] D --> E{พิจารณา} E --> F([สรุปสถิติความคืบหน้าและ รายงานผลการดำเนินการ บริหารความเสี่ยง]) E --> C </pre>	– สรุปสถิติ ความคืบหน้าและ รายงานความเสี่ยง (อุบัติการณ์เกิดซ้ำ, Low risk ที่ความถี่สูงขึ้น)	–ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ –กรรมการบริหารคณะฯ
หัวหน้าภาควิชาฯ /หัวหน้า หน่วยงาน	ความรุนแรงระดับ A-C ผลการวิเคราะห์ RCA ภายใน 30 วัน		– มาตรการป้องกันแก้ไขความ เสี่ยงเชิงระบบ – การจัดการความเสี่ยงเชิงรุก	1.คณะกรรมการบริหารความ เสี่ยง 2.กรรมการบริหารคณะฯ
ประธานระบบ	ความรุนแรงระดับ D-F ผลการวิเคราะห์ RCA ภายใน 15 วัน			
คนปกติ	ความรุนแรงระดับ GHI,SE นโยบาย/คำสั่ง/แก้ไข/ป้องกัน ภายใน 7 วัน			
Rm/คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง ของคณะฯ	– มาตรการป้องกันแก้ไขความ เสี่ยงเชิงระบบ		บัญชีความเสี่ยง	–ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ –กรรมการบริหารคณะฯ – มหาวิทยาลัย

ชื่อกระบวนการ	การสรุปรายงาน			
ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ				
Supplier	Input	Process	Output	Customer
Rm/คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง ของคณะฯ	บัญชีความเสี่ยงจากระบบการ รายงานความเสี่ยง	<pre>graph TD A([บัญชีความเสี่ยง]) --> B[ติดตามการดำเนินการ] B --> C{พิจารณา} C --> D([กรรมการคณะฯ]) D --> E([บัญชีความเสี่ยงที่สามารถปิดประเด็นได้]) C --> B</pre>	ประเด็นความเสี่ยงที่มีมาตรการ ป้องกัน	1.ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 2.คณะกรรมการบริหาร คณะฯ
	ประเด็นความเสี่ยงที่มีมาตรการ ป้องกัน		มาตรการป้องกันที่สัมฤทธิ์ผล/ไม่ สัมฤทธิ์ผล	
	มาตรการป้องกันที่สัมฤทธิ์ผล/ไม่ สัมฤทธิ์ผล		1. สรุปสถิติความคืบหน้ารายงาน ความคืบหน้าการบริหารความเสี่ยง 2. กำหนดแผนบริหารความเสี่ยงใน ปีถัดไป	1.ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 2.คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง 3. ประธานระบบ 4.กรรมการบริหารคณะฯ 5.มหาวิทยาลัย 6.กระทรวงการอุดม ศึกษาวิทยาศาสตร์วิจัยและ นวัตกรรม (อว.)
	1. สรุปสถิติความคืบหน้ารายงาน ความคืบหน้าการบริหารความ เสี่ยง 2. กำหนดแผนบริหารความเสี่ยง ในปีถัดไป			

3.แบบแจ้งข้อเสนอแนะ เรื่องร้องเรียน/ชมเชย (ในระบบรายงานและบริหารความเสี่ยง)

ประเภทเรื่อง *

- ☒ ชมเชย
- ☐ ข้อเสนอแนะ
- ☐ ร้องเรียน

สถานะของผู้ร้องเรียน/แนะนำ/ชมเชย *

- ☒ คนไข้/ญาติคนไข้
- ☐ นิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ (ระดับปริญญาตรี)
- ☐ นิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ (ระดับบัณฑิตศึกษา)
- ☐ อาจารย์/บุคลากร คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
- ☐ นิสิต/บุคลากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ☐ ผู้ที่มาศึกษาต่อเนื่อง (บริการวิชาการ)
- ☐ ผู้มาติดต่องานด้านวิจัย
- ☐ ผู้มาติดต่องานทั่วไป

วันที่ร้องเรียน/แนะนำ/ชมเชย *

วันที่เข้ารับบริการ *

ผู้รับผิดชอบที่ท่านร้องเรียน ชมเชย เสนอแนะ *

- ☐ คุณบดี
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายบริหาร
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายวิชาการ
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายวิจัย
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายยุทธศาสตร์ และการพัฒนาองค์กร
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายโรงพยาบาล
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายกิจการนิสิต และนิสิตเก่าสัมพันธ์
- ☐ รองคณบดี - ฝ่ายวิรัชกิจ สื่อสารองค์กร และกิจกรรมเพื่อสังคม

หน่วยงานที่ท่านต้องการร้องเรียน/แนะนำ/ชมเชย *

บุคคลที่ท่านต้องการร้องเรียน/แนะนำ/ชมเชย (ถ้ามี)

รายละเอียดของเรื่องที่ต้องการร้องเรียน/แนะนำ/ชมเชย *

คำแนะนำของท่านเพื่อการปรับปรุง (ถ้ามี)

☐ ต้องการทราบผลให้ติดต่อกลับ กรุณาแจ้ง ชื่อ และรายละเอียดที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ-สกุล

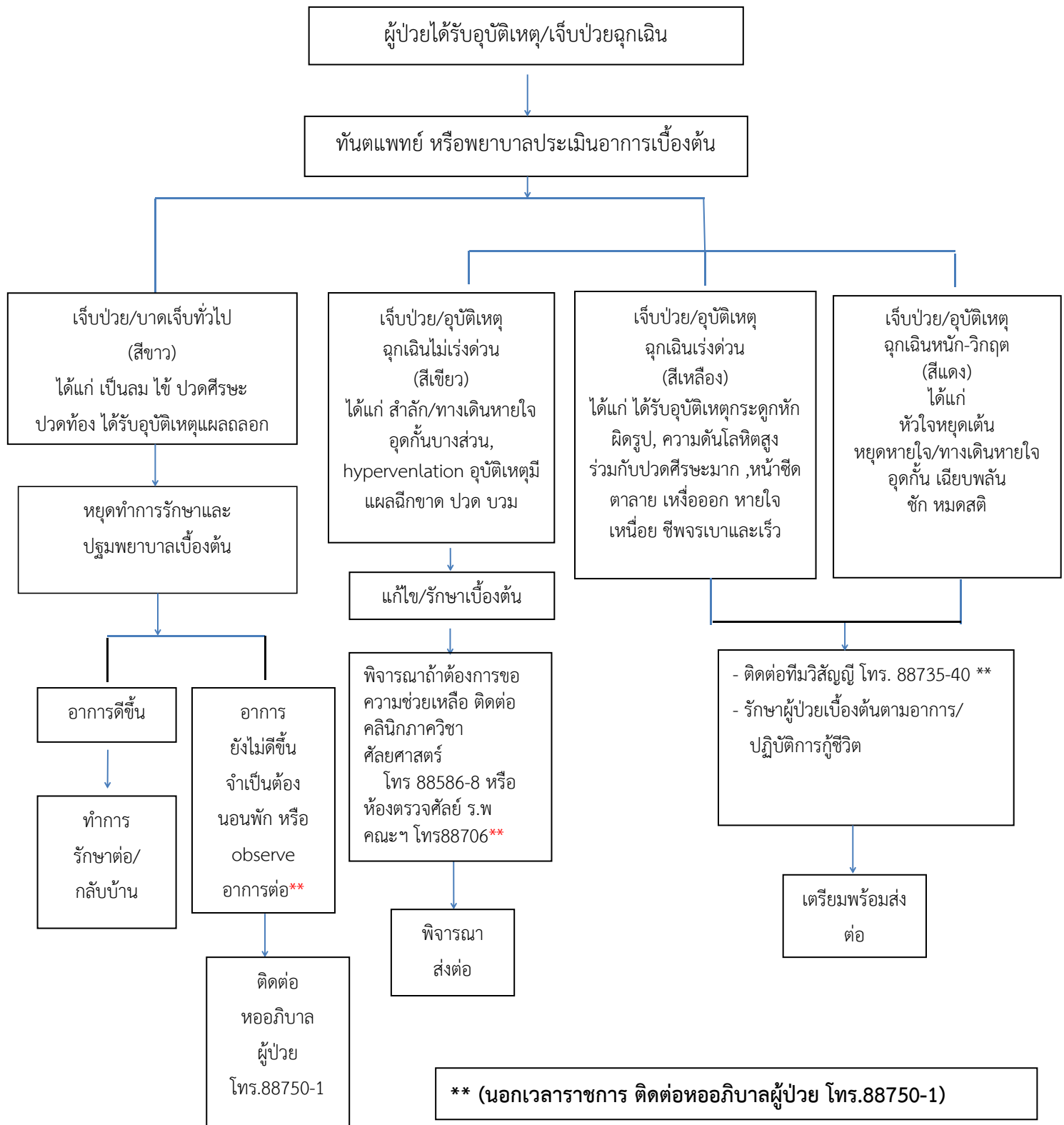
หมายเลขโทรศัพท์

อีเมล

คลิกปุ่ม Save เพื่อบันทึกข้อมูล กรุณากรอกรบบันทึกข้อมูล ไม่กดปุ่ม Save ข้าง หรือ กดปุ่ม F5 เพื่อ Refresh ข้อมูล จะทำให้ข้อมูลซ้ำในระบบ

✓ Sent

4. แนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

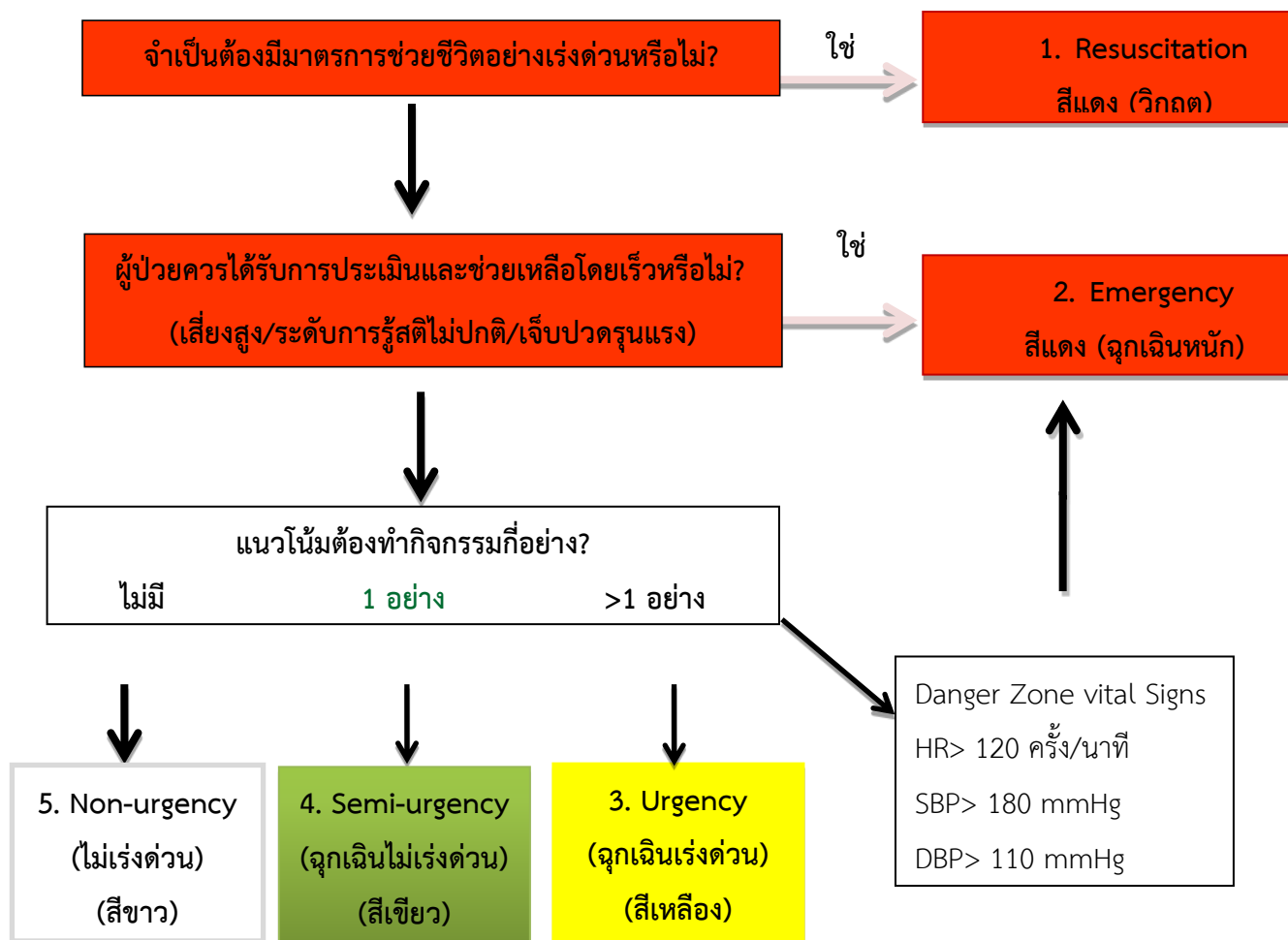


5.แนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

(อ้างอิงตาม Thailand ESI Triage (5 – Level))

ผู้ป่วยเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ทั่วไป (ขาว)	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (เขียว)	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก - วิกฤต (ชมพู-แดง)
คือบุคคลที่ เจ็บป่วย บาดเจ็บทั่วไป	คือบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมี อาการป่วยเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจ รอรับการดูแลช่วยเหลือได้ แต่หาก ปล่อยไว้นานเกินอาจเสี่ยงต่อการ เกิดความรุนแรงขึ้นหรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้	คือบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่าง เฉียบพลันระดับรุนแรง ปานกลาง เสี่ยงต่อการ เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมา ต้องได้รับการ ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน	คือ บุคคล ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันที่รุนแรงมาก เสี่ยง ต่อการเสียชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาท
- อุบัติเหตุจากการ ปฏิบัติงาน เช่น เข็มตำ ใบมีดบาด - ไข้ ปวดศีรษะ - ปวดท้อง - คลื่นไส้ อาเจียน - เป็นลม (fainting) - หกล้มมีแผลถลอก	- สิ่งแปลกปลอม เช่น ครอบ ฟัน, วัสดุ ทันตกรรม แต้ยังไอ และหายใจได้ - ภาวะHyperventilation syndrome เนื่องจากความกลัว/ วิตกกังวลต่อการรักษา - ได้รับอุบัติเหตุ มีแผล ฉีกขาด ปวด บวม - มีอาการปวดมากจำเป็นต้องได้รับ ยาฉีด	- หน้าซีด เหงื่อแตก ตาลาย หายใจเหนื่อย ชีพ จรเบาและเร็ว มากกว่า 100-120 ครั้ง/นาที - ได้รับอุบัติเหตุกระดูกหักผิดรูป - ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บ บริเวณศีรษะ แต้ยัง รู้สึกตัว - ความดันโลหิตสูง (systolic >180mmHg, Diastolic >110 mmHg) ร่วมกับปวดศีรษะมาก	- ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) - ชักจนตัวเขียว - อาการซีด เหงื่อแตก ตัวเย็น ชีพจรเบา เร็ว หรือเต้นผิดจังหวะ - หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว - อาการ เจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือด หัวใจตีบตัน - อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันทันที เช่น ปวดศีรษะ ตา พร่ามัว ปากเบี้ยว หนังตาตก แขนขาอ่อนแรงและอัมพาต - ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง - ภาวะหยุดหายใจ - สิ่งแปลกปลอมจมนอกขึ้นทางเดินหายใจ(พูดไม่มีเสียง, ไอและ หายใจไม่ได้) - หายใจลำบากมีเสียงโครคราก หรือหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็วและ ลึก อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หายใจหอบเหนื่อย จมูกบาน ซีโครงยก มีเสียงwheezingริมฝีปากเขียว

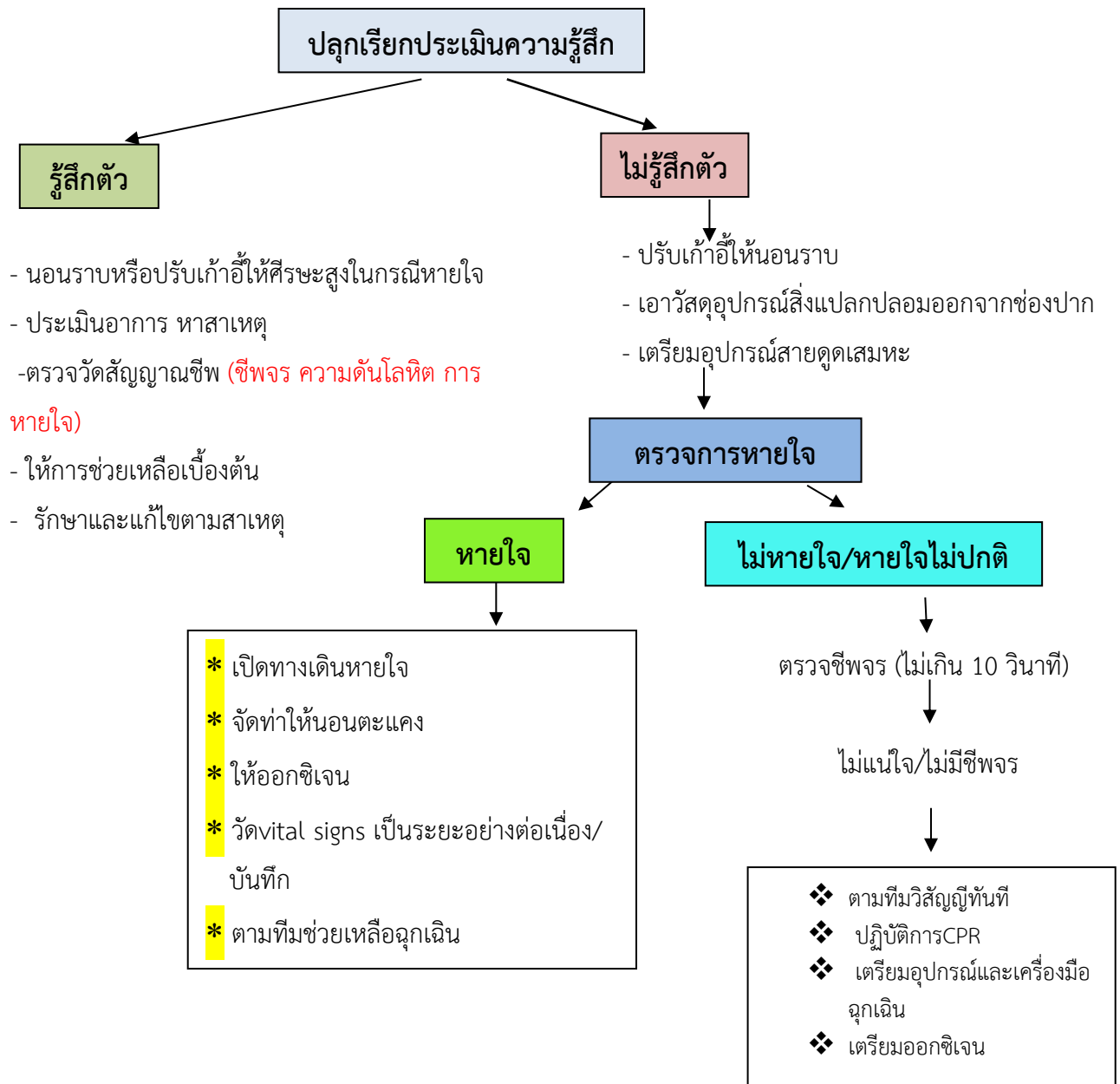
6.แนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน



****ตัวอย่างกิจกรรมที่ใช้ในการพิจารณา****

1. ตรวจเลือด ปัสสาวะ
2. ตรวจ EKG /X-RAY/CT
3. ให้ IV fluid
4. การให้ยา IV/IM/Nubulizer
5. เย็บแผล
6. ให้ยาคลายกังวล/สงบประสาท (conscious sedation)

7.แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในคลินิก



7.1 ปฏิบัติการเกิดสัมพันธ์กับการฉีดยาเฉพาะที่

ก่อนฉีดยา

- ๑ ผู้ป่วยมีท่าทางกลัว วิตกกังวล

Hyperventilation

- ◆ อายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัว
- ◆ ตุกังวล กลัว กระสับกระส่าย
- ◆ หายใจแรง ลึก เร็ว
- ◆ เสียงหายใจไม่มี wheezing
- ◆ เวียนหัว แขนหน้าออก
- ◆ ซาปลายมือ นิ้วจิบ

การรักษา

- ◆ พุดคุย ปลอมโยน ให้คลายความวิตกกังวล
- ◆ ให้ผู้ป่วยหายใจยาวๆ ช้าๆ
- ◆ เพิ่ม CO_2 ในลมหายใจเข้าโดยให้หายใจในถุงกระดาษ อุ่นมือหรือใน mask
- ◆ ไม่ต้องให้ออกซิเจน
- ◆ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ตามหน่วยฉุกเฉิน
- ◆ ให้ยาในรายที่จำเป็น ได้แก่ midazolam 2-3 mg หรือ diazepam 5-10 mg ทางหลอดเลือดดำ

Syncope (เป็นลม)

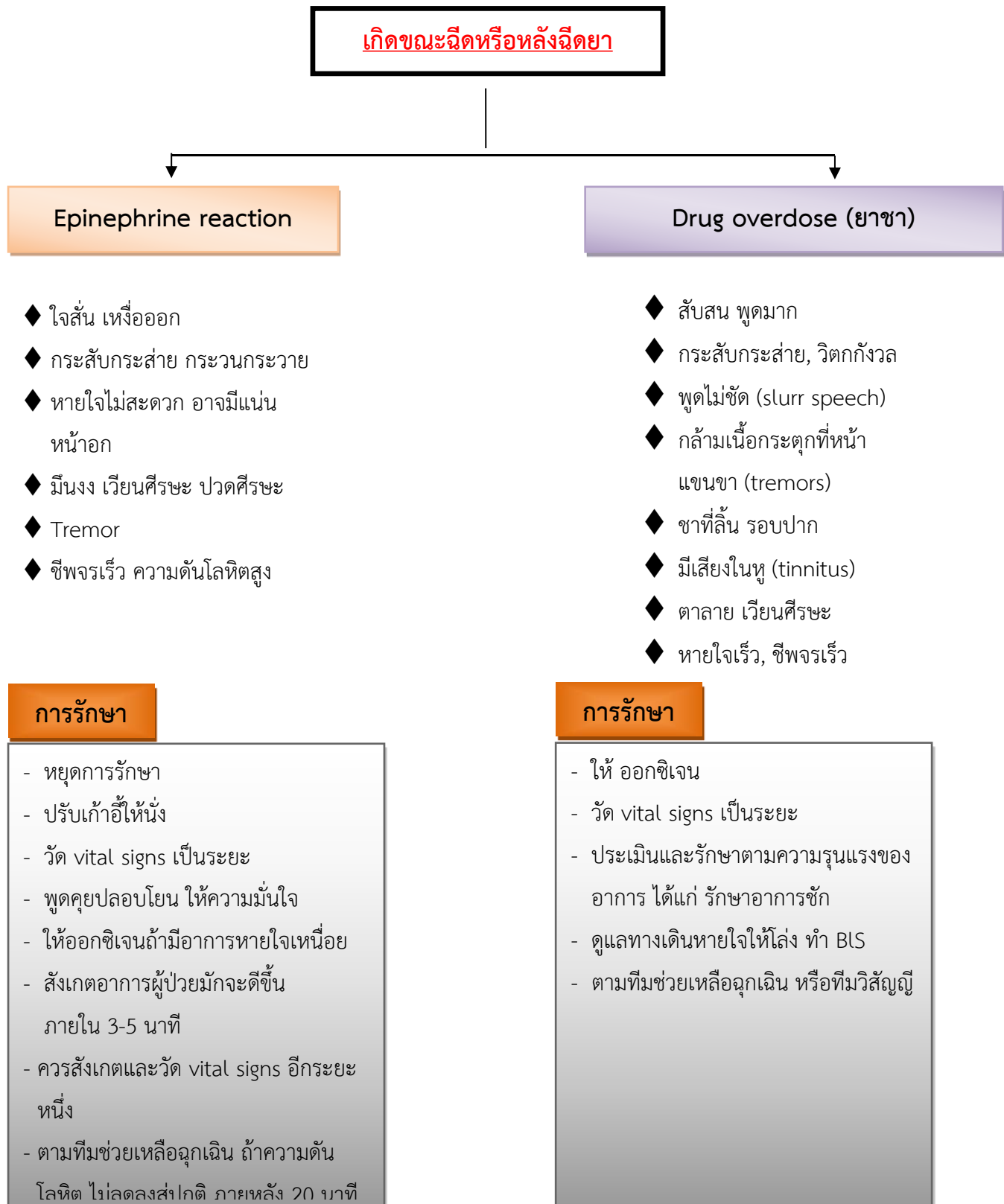
- ◆ ตุกกลัว วิตกกังวล ก่อนเริ่มรักษา
- ◆ อาการก่อนเป็นลมจะบอกแน่นอึดอัด ร้อนบริเวณคอและใบหน้า หน้าซีด ตัวเย็น เหงื่อออก คลื่นไส้ หายใจลึก เร็วขึ้นอาจบอกได้ว่าหน้ามืดตาเลายจะเป็นลมก่อนหมดสติ

- ◆ ถ้าเป็นลมจาก vasodepressor syncope มักจะคลำได้ชีพจรช้า

การรักษา

- ◆ ปรับให้นอนราบ ปลายเท้ายกสูงขึ้น
- ◆ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินการหายใจ
- ◆ วัด vital signs เป็นระยะจนกว่าจะดีขึ้น
- ◆ ให้ออกซิเจน ทาง nasal canula หรือ face mask
- ◆ ผู้ป่วยมักรู้สึกตัว และอาการดีขึ้นหลังนอนราบ
- ◆ ถ้าผู้ป่วยยังหมดสติ ไม่ดีขึ้น ใน 5-10 นาที ให้ตามทีมช่วยเหลือ

7.1 ปฏิกริยาเกิดสัมพันธ์กับการฉีดยาเฉพาะที่ (ต่อ)



ชัก

สาเหตุ :

Neuro , Epilepsy, CVA , ยาชาเกินขนาด/ ยาชาเข้ากระแสเลือด , Metabolic

อาการ:

หมดสติ กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก

การแก้ไข

- * นอนราบ
- * เอาวัสดุ/อุปกรณ์ออกจากช่องปาก
- * suction ถ้าจำเป็น
- * ระวังอุบัติเหตุต่างๆ(เช่นตกเก้าอี้ แขนขาฟาดโต๊ะ)
- * ดูแลทางเดินหายใจ การหายใจ
- * ให้ออกซิเจน
- * วัดสัญญาณชีพ

หยุดชัก

(ในกรณี granmal epilepsy)

- ❖ ต้องเฝ้าระวังการหายใจ ทางเดินหายใจ ให้เปิดโล่งเพราะผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนอ่อนแรงหลังชักกระตุก
- ❖ อาจมีการชักได้อีก
- ❖ เฝ้าระวังสัญญาณชีพเป็นระยะ

การชักยังคงอยู่

- ❖ ตามทีมวิสัญญี
- ❖ ให้การช่วยเหลือ ABC รักษาตามอาการและสาเหตุ
- ❖ ให้อาการชัก(Midazolam , Diazepam)
- ❖ พิจารณาส่งต่อ

ภาวะเจ็บหน้าอก (Chest pain)

อาการ

- ๑ เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ถูกทับบริเวณกลางอก
- ๑ อาจร้าวไปที่แขนซ้าย ไหล่ คอ ขากรรไกร หลัง
- ๑ ผู้ป่วยอาจมีประวัติ
 - Angina (เคยเจ็บหน้าอก ได้ยาขยายหลอดเลือดแล้วดีขึ้น)
 - โรคหลอดเลือดหัวใจ(Coronary artery disease)
 - myocardial infarction
- ๑ ไม่มีประวัติโรคหัวใจมาก่อน

การรักษา

- ๑ หยุดการรักษาทันที ขอความช่วยเหลือ
- ๑ กำจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากช่องปากและคอ
- ๑ ปรับเก้าอี้ให้นั่ง (นอนราบเมื่อหมดสติ)
- ๑ ให้ออกซิเจน (Mask 6-8 ลิตร/นาที Cannula 3-4 ลิตร/นาที)
- ๑ ให้ยาขยายหลอดเลือดอมหรือพ่นใต้ลิ้น1 ครั้ง (ผู้ป่วยอาจมียาติดตัวมาด้วย) ให้ซ้ำได้อีกครั้งหลัง 5-10 นาที
- ๑ วัด Vital signs เป็นระยะ สังเกตอาการใกล้ชิด
- ๑ ตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน หรือทีมวิสัญญีทันที พร้อมเครื่อง AED/defibrillator
- ๑ ถ้าหมดสติ ไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร ทำ BLS
- ๑ เตรียมพร้อมส่งต่อไปยังโรงพยาบาลด่วน

ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress)

(ผู้ป่วยรู้สึกตัว ตอบสนองต่อการกระตุ้น อาการหายใจลำบาก หอบหรือไอ)

- ◆ หยุดการรักษาทันที
- ◆ กำจัดสิ่งแปลกปลอมในปากและคอ
- ◆ ปรับเก้าอี้ให้ผู้ป่วยนั่ง
- ◆ วัด Vital signs และซักประวัติทางการแพทย์

Hyperventilation

- ไม่มีประวัติ asthma
- อายุ 10-40 ปี
- หายใจเร็ว/ลึก
- กลัววิตกกังวล กระวนกระวาย
- เวียนศีรษะ
- ซาตามปลายมือปลายนิ้ว
- มือจีบ

การรักษา

- พุดปอบโยนให้คลายความกังวล
- แนะนำให้หายใจยาว ๆ ช้า ๆ
- เพิ่ม CO₂ ในลมหายใจเข้าโดยหายใจในถุงครอบ อุ้งมือหรือผ่าน Mask
- ไม่ต้องให้ออกซิเจน
- ให้อาา Midazolam 2-3 mg หรือ Diazepam 5 mg IV. ในรายที่จำเป็น

Asthma

- * มีประวัติ Asthma
- * หายใจมีเสียง Wheezing
- * ไอ หายใจหอบเร็วและแรง (จุกบาน เกร็งคอ ยกขาโยโครง)
- * กระสับกระส่าย กระวนกระวาย
- * ริมฝีปากเขียว (Cyanosis)

การรักษา

- * ให้ O₂
- * ให้อาาขยายหลอดลมพ่น (ผู้ป่วยอาจมีมาด้วย)
- * ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน หรือทีมวิสัญญี
- * ให้ Epinephrine IM
- * ให้อาาขยายหลอดลม IV

Allergy reaction (อาการตั้งแต่เล็กน้อยถึง anaphylaxis)

- มีอาการหลังได้รับยา
- หายใจมีเสียง wheezing
- หายใจลำบากแน่นหน้าอก
- มีผื่นแดงคัน ลมพิษ บวมตามผิวหนังและใบหน้า
- ปวดท้อง/คลื่นไส้อาเจียน
- ความดันโลหิตต่ำ
- หหมดสติ, ช็อก ถึง cardiac arrest

การรักษา

- ให้ O₂
- ถ้ามีอาการหายใจลำบากหรือ Vital signs ไม่ stable ตามทีมวิสัญญี
- ให้อาตามความรุนแรงของอาการ เช่น
 - Adrenaline 0.01 mg/kg IM, subcutaneous
 - Chlorpheniramine 10 mg IM, IV

Anaphylactic shock

- อาการแพ้รุนแรงเฉียบพลันที่มีระบบไหลเวียนล้มเหลว (ความดันโลหิตตกอย่างมาก) ร่วมกับการหายใจไม่เพียงพอจากภาวะหลอดลมหดเกร็ง

- สาเหตุ แพ้อาหาร, ยา, ภูมิอย่าง (Latex), สารเคมี

อาการ+อาการแสดง

ผิวหนัง : คัน, ผื่นแดง, ลมพิษ, บวม

ระบบหายใจ : คัดจมูก, น้ำมูกไหล, กล้องเสียงบวม, ไอ, หายใจลำบาก, หอบเหนื่อย, หายใจ
เสียงหายใจเข้าดัง (Stridor) หายใจมีเสียง wheezing

ระบบไหลเวียน : ชีต, เขียว, ความดันเลือดตก, ชีพจรเร็วหรือช้าผิดปกติ, หัวใจหยุดเต้น

ระบบประสาท : สับสน, กระวนกระวาย, ชีมนิ่ง, จนถึงหมดสติ, ชัก

ระบบทางเดินอาหาร : ปวดแน่นท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน, ถ่ายท้อง

การรักษา

- ตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน และทีมวิสัญญีทันที เมื่อสงสัยว่าเป็น anaphylaxis
- เตรียมพร้อมสำหรับ BLS และ ALS.
- ให้ออกซิเจน, เตรียมพร้อมช่วยการหายใจ/ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ตรวจวัดสัญญาณชีพ (BP, pulse, SpO₂), ระดับการรับรู้ (Conscious level)
- เปิดเส้นให้น้ำเกลือ เป็น NSS หรือ acetar 500 ml หรือ 1000 ml
- ยาที่เตรียมไว้พร้อมใช้ ได้แก่
 - Epinephrine (1:1000 หรือ 1mg/ml) 0.3 – 0.5 mg ฉีด IM, subcutaneous, sublingual.
 - ยาขยายหลอดลม ชนิดพ่น, ฉีด IV
 - Hydrocortisone 100 mg หรือ dexamethasone 4 mg IV
 - Antihistamine IV (chlorpheniramine/diphenhydramine)
- เตรียมการส่งต่อไปโรงพยาบาลด่วน

การช่วยชีวิตพื้นฐานในผู้ใหญ่ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวหรือไม่มีการตอบสนอง

โทรศัพท์หรือแจ้งเหตุฉุกเฉิน(88740)
พร้อมก็นำเครื่อง AED มา
ให้ผู้ช่วยเหลือคนที่ 2 (ถ้ามี) ทำ

ตรวจการหายใจ ถ้าไม่หายใจหรือหายใจเอื้อง
ตรวจชีพจรภายใน 10 วินาที
(ทำพร้อมกันทันที)

ไม่หายใจหรือหายใจเอื้อง
ไม่มีชีพจร

ทำ CPR เป็นรอบๆ โดยกดหน้าอก 30 ครั้งต่อการช่วยหายใจ 2 ครั้ง
จนกว่า AED/defibrillator มาถึงหรือผู้มีความรู้ ACLS มารับ
หน้าที่ต่อ หรือผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหว

เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) หรือ defibrillator มาถึง

ตรวจจังหวะการเต้นของหัวใจต้องทำการช็อกหรือไม่

ต้องช็อก

ช็อก 1 ครั้ง
แล้ว CPR ต่อทันที 2 นาที ตรวจจังหวะการ
เต้นหัวใจหลัง 2 นาที เมื่อ AED พร้อม
ช่วยจนกว่าผู้ช่วยเหลือ ALS มารับหน้าที่ต่อ
หรือผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหว

ไม่หายใจหรือหายใจเอื้อง
มีชีพจร

ช่วยหายใจ 1 ครั้งทุก 5-6 วินาที
ตรวจชีพจรทุก 2 นาที
ถ้าไม่มีชีพจร ทำ CPR

ไม่ต้องช็อก

- ทำ CPR ทันทีนาน 2 นาที
- ตรวจการเต้นหัวใจทุก 2 นาที เมื่อ AED พร้อม
- ทำ CPR เป็นรอบๆ จนกว่าผู้ช่วยเหลือ ALS
มารับหน้าที่ต่อหรือผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหว

8.การแบ่งหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ทันตแพทย์	เจ้าหน้าที่คนที่ 1 (ผู้ประสบเหตุ/ผู้ช่วย ทันตแพทย์คนที่ 1)	เจ้าหน้าที่คนที่ 2 (พยาบาล)	เจ้าหน้าที่คนที่ 3 (พยาบาล/ผู้ช่วยทันตแพทย์คนที่ 2)
- ประเมินและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย - พิจารณาสั่งการรักษาการให้ยา - พิจารณาตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน	- แจ้งพยาบาลหัวหน้าหน่วย - ช่วยเหลือตามคำสั่งทันตแพทย์พยาบาล - จัด Vital signs และลงบันทึกการรักษา	- ติดต่อขอความช่วยเหลือจากทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน - ประสานงานกับหน่วยงานอื่น - ช่วยทันตแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย/BLS - เตรียมและให้ยาฉุกเฉิน	- ลากรฉุกเฉินและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ - ลากถังออกซิเจนและเตรียมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน - เตรียมเครื่องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ - รอรับเจ้าหน้าที่หน่วยฉุกเฉิน

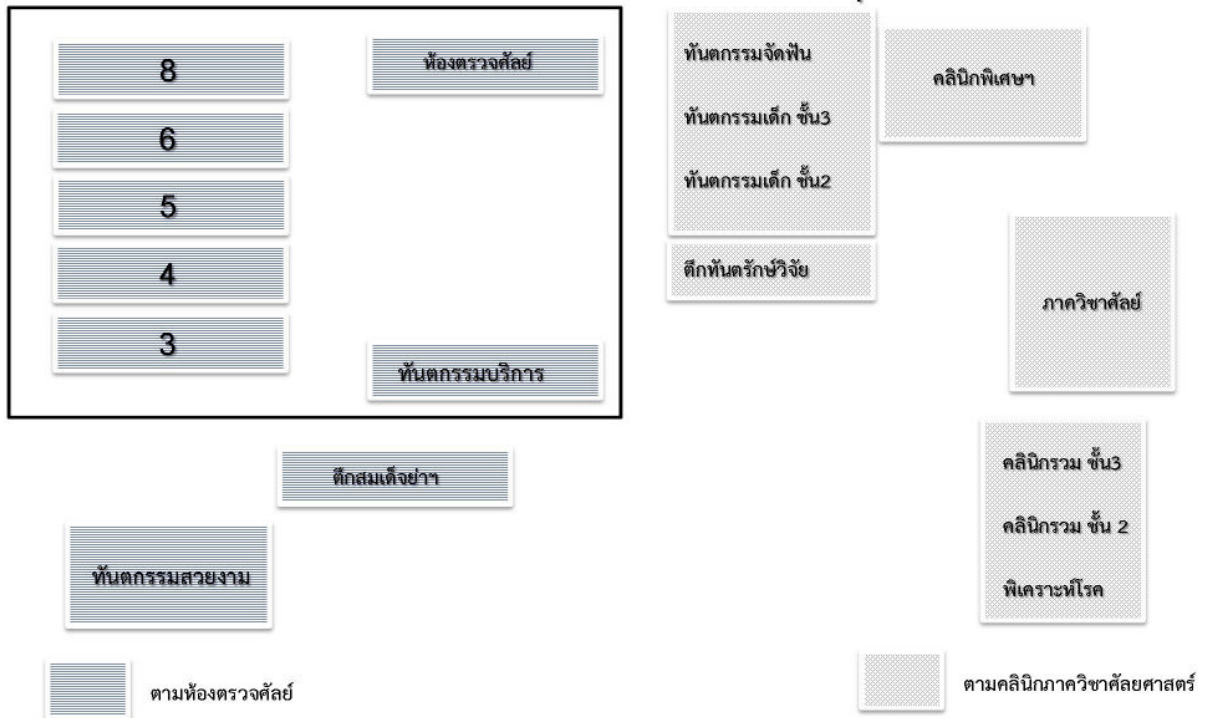
ข้อมูลที่ต้องรายงานเพื่อตามหน่วยฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์

- 1.สถานที่เกิดเหตุที่ไหน ตึก.....ชั้น.....หน่วยงาน.....
2. อาการสำคัญ เช่น ชัก ไม่รู้สึกตัว หอบ เจ็บแน่นหน้าอก
3. สภาพผู้ป่วย.....รู้สึกตัว/การหายใจเป็นอย่างไร/ชีพจร
4. ผู้แจ้ง.....เบอร์โทรกลับ.....

เบอร์โทรศัพท์

ทีมวิสัญญี โทร.88735-40
 คลินิกภาควิชาศัลยศาสตร์ โทร.88586-8
 ห้องตรวจศัลย์ รพ. โทร.88706-7
 หออภิบาลผู้ป่วย โทร.88750-51

การแบ่งพื้นที่เพื่อตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน



หมายเหตุ – ตามรถนอนและรถนั่งได้ที่หออภิบาลผู้ป่วย อาคารสมเด็จย่า ชั้น 4 และที่ประชาสัมพันธ์ ชั้น 1 ขึ้นกับสถานที่ที่เกิดเหตุ
 – ตามทีมวิสัญญี เมื่อประเมินผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ และฉุกเฉินหนัก (สีแดง)

9. แนวทางปฏิบัติส่วนกลางคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย HIV+ และ HBV+ เพื่อรับการรักษาทางทันตกรรม



2. แนวทางการป้องกันสิ่งของหล่นลงคอ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื่องการถอนฟัน



4. แนวทางป้องกันของมีคม ทิ่ม – ต่ำ – บาด (VDO Clip)



5. แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิด NaOCl Accident



6. แนวทางการจัดการฉุกเฉิน (ในและนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยใน) แก่11พค65



7. ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อบุคลากร / นิสิต ถูกเข็มตำหรือสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งในคลินิกทันตกรรม



8. ประกาศใช้เกณฑ์ค่าวัดความดันโลหิตเพื่อการประเมิน



9. เอกสาร Inform consent เพื่อนำออกปฏิบัติ



10. แนวทางการทำความสะอาดฆ่าเชื้อยูนิตทำฟันก่อนและหลังการให้การรักษาผู้ป่วย



-
11. แนวปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรมระดับฉุกเฉินและเร่งด่วน ของคณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



12. แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ พ.ศ. 2563 (2020 Clinical Practice
Guideline for Dental Management of the Medically Compromised Patient)



13. แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางทันตกรรมภายหลังการระบาดของโรค COVID-19 คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



14. แนวทางการให้ยาผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ (pre-medication)



15. แนวทางการฆ่าเชื้อรอยพิมพ์ฟัน และชิ้นงานทันตกรรม



16. แนวทางการส่งเครื่องมือและวัสดุทำให้ปราศจากเชื้อด้วย Hydrogen Peroxide Plasma



17. แนวปฏิบัติในการรักษาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วม และแบบบันทึกการวางแผนการรักษาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม



18. แบบบันทึก Surgical Safety Checklist for Oral Minor Surgery



19. นิยาม การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical site infection: SSI)



20. การบ่งชี้ผู้ป่วย (Patient Identification)



21. แนวปฏิบัติการส่งยาผู้ป่วยนอก



22. แนวทางการประเมิน-คัดกรองผู้ป่วยโควิด



23. แนวทางการให้การรักษาทันตกรรมแก่ผู้ป่วยนอกที่หายจากโรค COVID-19



24. แนวทางการให้การรักษาทันตกรรมแก่ผู้ป่วยใน ที่หายจากโรค COVID-19



25. ขอแจ้งเหตุการณ์ที่กำหนดให้เป็น sentinel event



26. เรื่องเกณฑ์ทั่วไปในการกำหนดวันสิ้นสุดการใช้ยา ภายหลังจากการเปิดใช้ครั้งแรก



27. ประกาศการกำหนดการให้การยินยอมในการรักษาตามช่วงอายุและผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) หรือผู้มีภาวะพร่องในการรับทราบข้อมูลต้องได้รับการยินยอมของผู้แทนโดยชอบธรรม



28. ขอความร่วมมือปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์



29. การจัดเก็บขยะภายในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

