



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ที่ สข ๐๐๒๗.๓๐๑ / ๑๑ / พิเศษ

วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ข้อตกลงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

จากการทบทวน Clinical risk E - I ปี ๒๕๖๐ ได้มีข้อตกลงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิด Clinical risk ซ้ำ สำหรับทีมสหวิชาชีพ ได้มีการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติดังกล่าวกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๑ และขอจัดทำเป็นบันทึกฉบับนี้ขึ้น เพื่อให้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับหน่วยงานต่างๆ อีกทั้งได้วางเอกสารดังกล่าวนี้ไว้ใน www.knhos.com เพื่อการใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นางศิริินทร์ ยางทอง

หัวหน้าพยาบาล

นช

ฟลอยด์

11.2.61

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ผลจากการทบทวน Clinical risk E – I ปี 2560

ประเด็น	ข้อตกลง
<p>ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์ พยาบาล alert และหาข้อมูลประวัติเก่า จาก รพ.เดิม ผู้ป่วยกลุ่มที่น่าจะมี U/D 2. มีการส่งต่อเวชแพทย์ที่มาจากรพ.อื่น มี case ไหนบ้างที่ต้องระวัง 3. กรณีแพทย์ไม่มั่นใจในการดู film มีการ consult แพทย์ รพ.หาดใหญ่ 4. ผู้ป่วยในกลุ่ม COPD, Asthma ควรมี Routinely CXR ปีละครั้ง และใน step 4 ไม่สามารถ control อาการได้ ให้ Refer รพ.หาดใหญ่ เพื่อ Investigate เพิ่มเติม 5. ประเมิน SOS score ทุก case ตาม CPG ที่ รพ.กำหนด 6. การรายงานแพทย์แบบ SBAR เน้น Recommend 7. ปรีกษา second opinion กรณี พยาบาลไม่เข้าใจในการตัดสินใจของแพทย์ โดยให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้ด้วย 8. Advance care plan ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ palliative care 9. การ orientate แพทย์ใหม่ 10. เมื่อผู้ป่วยมี pre arrest sign ให้ย้ายผู้ป่วยมาอยู่ใน Zone ใกล้ nurse station ต้อง monitor อาการตาม CPG และ on เครื่อง monitor 11. เพิ่มเครื่องมือ อุปกรณ์ สำหรับ monitor อาการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน 12. การสร้างระบบเฝ้าระวัง early warning sign, SOS, MEWS เพื่อมีการ action เพิ่มขึ้น 13. การเปิด palliative clinic สำหรับผู้ป่วย OPD case 14. จัดทำระบบ palliative care ในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ ET-tube, CPR
<p>Revisit Arrest</p>	<p>ในผู้ป่วย cirrhosis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำ Guideline การซักประวัติเพิ่มเติมในผู้ป่วย, ผู้ป่วยประวัติดื่มสุราจัดในเรื่อง เช่น อาเจียนเป็นเลือด , ถ่ายดำ 2. D/C planning และการทำ grand round 3. การลงบันทึกการตรวจร่างกายที่ชัดเจน 4. การลง diagnosis ถ้ายังไม่เข้า criteria dyspepsia ให้ลงเป็น abdominal pain
<p>อาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย Emergency และ life- threatening ที่มี chest wall ผิดรูป อาจพิจารณาใส่ ICD โดยไม่ต้องรอ X-ray 2. การปรึกษาแพทย์ รพ.หาดใหญ่ ในผู้ป่วย GCS ไม่ตามเกณฑ์ 3. Re assessment ผู้ป่วยก่อนขึ้นรถ refer และการลงบันทึกที่ถูกต้อง 4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ ให้นำผู้ป่วยเข้า รพ.ที่ใกล้ที่สุด 5. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับญาติเป็นระยะ

Miss diagnosis	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบ consult film ผ่านระบบ line องค์กรแพทย์ 2. กรณีแพทย์สงสัยตำแหน่งใดเป็นพิเศษ ให้แพทย์เขียน R/O เพื่อสื่อสารให้เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ได้เจาะจงตำแหน่งได้ชัดเจน 3. ชักประวัติโดยใช้หลักของ Alvarado scale (การย้ายตำแหน่ง,คลื่นไส้อาเจียน,เบื่ออาหาร,ไข้,ปวดท้องน้อยด้านขวา)ในผู้ป่วย ปวดท้อง ปรีกษาแพทย์ เมื่อ Alvarado scale3-4 คะแนนและมีอาการปวดท้องด้านขวาโดยไม่มีอาการอื่นร่วม 4. ฟื้นฟูการตรวจร่างกายของพยาบาลโดย ทีม HRD
ประเด็น	ข้อตกลง
ตกเลือดหลังคลอด	<ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์มาประเมินแรกรับผู้คลอดทุกรายเมื่อมา admit ที่ห้องคลอด และประเมินน้ำหนักเด็กโดยการ ใช้ U/S 2. การใช้หัตถการ vaginal packingเพื่อ stop bleed ในกรณี tear cervix เล็กน้อย 3. การทำ Double condom tamponad โดยแพทย์ 4. การปฏิบัติตาม CPG 5. มี standing order ทั้งการให้ยาและการเจาะ Hct q 6 ชม. 6. การรายงานแพทย์ต้องรายงานแบบ SBAR เน้น Recommend 7. การใช้ถุงตรวจเลือดในหญิงคลอดทุก case และประเมินการสูญเสียเลือดโดยการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัย ทุกครั้งที่เปลี่ยน 8. จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดทั้ง ANC, แรกรับที่ห้องคลอด 9. การ re assessment ก่อนการส่งต่อจากห้องคลอด ไปยังผู้ป่วยใน 10. การสวนปัสสาวะในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด แพทย์พิจารณาเป็นราย case 11. การติดสติ๊กเกอร์สีที่ chart เป็นการสื่อสารจากห้องคลอดไปยังตึกหลังคลอด เรื่องการเฝ้าระวังในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด 12. มีการตรวจวัดระดับยอดมดลูกและลงบันทึกชัดเจน เวิร์ดครั้ง และมีรูปแสดงระดับยอดมดลูกที่ลดลงในระยะหลังคลอด
ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Human factor engineering“ หากไม่มี urine ออก ห้าม blow cup” 2. ฟื้นฟู ทบทวนกระบวนการ Retained foley ‘cathแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต,ER,IPD,LR โดย HR 3. แนวปฏิบัติการ Retained foley ‘ cath
Burn Hot pack	<ol style="list-style-type: none"> 1. WI การใช้ hot packในกายภาพ แพทย์แผนไทย
cellulitis หลังจากฉีดยา IM	<ol style="list-style-type: none"> 1. IC นิเทศเรื่องการปฏิบัติตาม sterile technique โดย ทีม IC 2. ปรับระบบให้ง่ายต่อการประสานระหว่าง RM และ IC 3. การเก็บข้อมูลในกลุ่ม target surveillance
ผู้ป่วยตกเตียง	<ol style="list-style-type: none"> 1. SIMPLE -FALL 2. ติดป้ายเตือนเฝ้าระวังผู้ป่วยตกเตียง ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือมี MOS score > 50 คะแนน

ปฏิบัติหัตถการไม่เหมาะสม	<ol style="list-style-type: none">1. เน้นให้ MCH Board แจ้ง อสม.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบฝากครรภ์และใช้ case manager ในการดูแลครรภ์เสี่ยง2. Consult รพ.หาดใหญ่ในการใส่ UVC3. จัดซื้อUVC สำรองแทนการใช้สาย NG4. ทบทวนขั้นตอนการใส่ UVC การ strep UVC5. ทบทวนการใช้เครื่องมือที่จำเป็น ที่อาจไม่ได้ใช้บ่อยครั้งเช่น Incubator6. ทารกแรกคลอดที่มีความเสี่ยงตัดสายสะดืออย่างน้อย 5 ซม.
---------------------------------	---