



แบบรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์สำคัญ โรงพยาบาลหนองหงส์

ติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย (ถ้ามี)

สถานที่เกิดเหตุ.....วันที่รายงาน.....เวลา.....

ชื่อผู้ป่วย/ผู้ประสบปัญหา.....อายุ.....HN.....วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....

▶ หัวข้อเหตุการณ์ / ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

▶ บรรยายสรุปเหตุการณ์

.....

.....

.....

.....

.....

▶ แนวทางการแก้ไขเบื้องต้น

.....

.....

.....

ระดับความรุนแรง ผู้ได้รับผลกระทบ บุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงาน

	กลุ่มรหัสความเสี่ยง
Clinic	<input type="checkbox"/> Access/Entry <input type="checkbox"/> Assessment <input type="checkbox"/> Triage <input type="checkbox"/> LAB/X-ray <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Plan of care <input type="checkbox"/> Discharge <input type="checkbox"/> Re-assess <input type="checkbox"/> communication <input type="checkbox"/> ระบบยา <input type="checkbox"/> การป้องกันติดเชื้อ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
Non-clinic	<input type="checkbox"/> อาคาร/สถานที่ <input type="checkbox"/> ระบบขนส่ง <input type="checkbox"/> ทรัพยากรคน/เงิน/สิ่งของ <input type="checkbox"/> เวชระเบียน <input type="checkbox"/> เครื่องมือ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง OPD IPD LR ER LAB X-ray แพทย์ เภสัชฯ งานบริหาร อื่น ๆ

แพทย์เวร / หัวหน้าเวร (ถ้ามี) ระบุ.....

ลงชื่อ (ผู้รายงาน)

⇒ โปรดส่ง เลขที่ RM / RM ประจำหน่วยงานหลังลงรายงานเสร็จ