|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ระเบียบปฏิบัติ(System Procedure)** | | **จำนวน**  ........3…หน้า.... |
| **เรื่อง** **แนวทางปฏิบัติ มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ**  **(มาตรฐานที่ 1การผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ**) | **หน่วยงานที่ใช้** ทีมแพทย์,ฝ่ายการพยาบาล/หน่วยงาน ER,IPD,LR/ทันตกรรม/กายภาพ/แพทย์แผนไทย | |
| **รหัสเอกสาร** LED-QM-001-00 | **วันที่เริ่มใช้** 8 พฤศจิกายน 2565 | |
| **หน่วยงาน/ทีม** : **ทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล** | | **ผู้จัดทำ** :  ( **พว.สุทธิดา ศาสนอุดม**)  **ตำแหน่ง** หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน | |
| **ผู้ทบทวน** ………………………………………….  ( **พว.กรองกาญจน์ นันทวิสุทธิ์** )  **ตำแหน่ง** : เลขานุการทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล | | **ผู้อนุมัติ** : …………………………………;  (**นพ.อับดุลย์มะรุสดี ศิริกุล** )  **ตำแหน่ง** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน | |

**การควบคุมเอกสารคุณภาพ**

**ประวัติการแก้ไข จำนวน หน้า**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ครั้งที่ | วันที่ประกาศใช้ | รายละเอียด | เลขหน้า |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | **เลขหน้า**  1 / 3 |
| **เรื่อง** แนวทางปฏิบัติ มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ  **(มาตรฐานที่ 1การผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน**  **ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ )** | **รหัสเอกสาร**  LED-QM-001-00 |

**มาตรฐานที่ 1การผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ**

**วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

**ขอบเขต** : การทำหัตถการ I&D , Excision , ICD ,Off Norplant ,Tapping ,Lavage , ใส่เฝือก,ถอนฟัน ,ผ่าฟันคุด,หัตถการงานกายภาพ,หัตถการงานแพทย์แผนไทย

**คำนิยามศัพท์** : -

**อุปกรณ์/เครื่องมือ** : -

**แนวทางปฏิบัติ**

1. ผู้ทำหัตถการถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย โรคประจำตัวและการแพ้ยา
2. ผู้ทำหัตถการถามข้าง ตำแหน่งและหัตถการที่จะทำ
3. มีการเซ็นต์ใบยินยอมการทำหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ

**หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช**

1.กรณีผู้ป่วยมาจาก OPD

1.1 แพทย์ระบุ Order การทำหัตถการโดยระบุหัตถการ ข้าง ตำแหน่งในใบนำส่ง พร้อม key หัตถการในโปรแกรม Hos-XP และระบุเซ็นยินยอมการทำหัตถการ

* 1. พยาบาล OPD โทรประสาน ER ระบุ HN ชื่อสกุลผู้ป่วย Order การทำหัตถการ ข้าง ตำแหน่งในใบนำส่ง พร้อมระบุเซ็นยินยอมการทำหัตถการ
  2. พยาบาล ER ตรวจสอบใบนำส่งกับโปรแกรม Hos-XP
  3. ผู้ทำหัตถการถือใบนำส่งสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย โรคประจำตัวและการแพ้ยา
  4. ผู้ทำหัตถการถามข้าง ตำแหน่งและหัตถการที่จะทำ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | **เลขหน้า**  2 / 3 |
| **เรื่อง** แนวทางปฏิบัติ มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ  **(มาตรฐานที่ 1การผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน**  **ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ )** | **รหัสเอกสาร**  LED-QM-001-00 |

2.กรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ ER

1.1 กรณีแพทย์ตรวจ : แพทย์ระบุ Order การทำหัตถการโดยระบุหัตถการ ข้าง ตำแหน่งในใบนำส่ง พร้อม key หัตถการในโปรแกรม Hos-XP พร้อมให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการทำหัตถการ

* 1. กรณีแพทย์ Order ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ : พยาบาล ER ระบุ Order การทำหัตถการโดยระบุหัตถการ ข้าง ตำแหน่งในใบนำส่ง พร้อม key หัตถการในโปรแกรม Hos-XP พร้อมให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการทำหัตถการ
  2. ผู้ทำหัตถการถือใบนำส่งสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย โรคประจำตัวและประวัติการแพ้ยา
  3. ผู้ทำหัตถการถามข้าง ตำแหน่งและหัตถการที่จะทำ

**หน่วยงานผู้ป่วยใน**

1. แพทย์เขียน Order ใน chart ระบุหัตถการ ข้างและตำแหน่ง
2. พยาบาล Incharge ร่วมกับผู้ทำหัตถการ ตรวจสอบ Order การทำหัตถการ ข้างและตำแหน่ง
3. พยาบาล Incharge ร่วมกับผู้ทำหัตถการ ถือ Chart/Order ไปที่เตียงผู้ป่วย ถามชื่อ-สกุล หัตถการที่จะทำ ทำสัญลักษณ์ตำแหน่งที่จะทำหัตถการด้วยปากกาสีแดงหรือสีน้ำเงิน และให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการทำหัตถการ
4. แขวนป้ายที่เตียงผู้ป่วย “รอทำหัตถการ”
5. ผู้ทำหัตถการถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย โรคประจำตัวและประวัติการแพ้ยา
6. ผู้ทำหัตถการถามข้าง ตำแหน่งและหัตถการที่จะทำ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | **เลขหน้า**  3 / 3 |
| **เรื่อง** แนวทางปฏิบัติ มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ  **(มาตรฐานที่ 1การผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน**  **ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ )** | **รหัสเอกสาร**  LED-QM-001-00 |

**งานกายภาพบำบัด**

1.กรณีผู้ป่วยมาจาก OPD (แพทย์ส่งปรึกษา)

1.1 แพทย์ระบุ Order การทำหัตถการโดยระบุหัตถการ ข้าง ตำแหน่งในใบนำส่งและ Hos-XP

* 1. พยาบาล OPD โทรประสาน งานกายภาพบำบัด ระบุ HN ชื่อสกุลผู้ป่วย Order แพทย์
  2. นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบใบนำส่งกับโปรแกรม Hos-XP
  3. นักกายภาพบำบัดตรวจซ้ำ
  4. ก่อนให้การรักษานักกายภาพบำบัดสอบถามข้างอีกครั้งเพื่อยืนยันการตรวจ

2.กรณีผู้ป่วยมาจากจุดคัดกรอง (Walk in)

2.1 นักกายภาพบำบัดซักประวัติ

2.2 ตรวจร่างกาย

2.3 ก่อนรักษาถามซ้ำเพื่อยืนยันการตรวจ