**แบบฟอร์มวิเคราะห์พลัดตกหกล้ม (IPD)**

 **(แบบฟอร์มจากเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล)**

**หอผู้ป่วย...........................งานการพยาบาล..........................................**

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน**

1. วัน/เดือน/ปีที่เกิดเหตุ.................................................

2. ระดับความรุนแรง  C  D  E  F  G  H  I

3. ขนาดของโรงพยาบาล

 เล็ก  กลาง  ใหญ่

4. เพศ  ชาย  หญิง

5. อายุ……………………ปี

6. ชนิดแบบประเมินที่ใชเฝ้าระวัง

 Hendrich  Morse  Humpty dumpty  อื่นๆ.............................

7. ความต่อเนื่องของการประเมิน Fall (ตามมาตรฐานท่ีหน่วยงานกำหนด)

 ต่อเนื่อง  ไม่ต่อเน่ือง  ไม่ได้ประเมิน

8. ได้ติดป้ายสัญญาลักษณ์เพื่อเตือนให้พึงระวัง Fall (ตามมาตรฐานชมรมเครือข่ายฯ)

  ติด  ไม่ได้ติด  อื่นๆ.............................

9. อายุงาน / ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วยรายที่เกิด Fall……………..ปี

10. พื้นที่เกิดเหตุ  ข้างเตียง  ระหว่างทางเดิน  ระหว่างทางเดิน  อื่นๆ...............

11. หอผู้ป่วย..................................งานการพยาบาล ………………………………………

12. กลุ่มโรค

 กลุ่มโรคหลักที่มาทำการรักษาในครั้งนี้ (Diagnosis)

 โรคมะเร็ง  จักษุ

 โรคกระดูกและขอ  โรคไต

 โรคระบบหลอดเลือดสมอง(stroke)  โรคระบบทางเดินปัสสาวะ

 โรคหัวใจ + หลอดเลือด  โรคระบบทางเดินอาหาร

 จิตเวช  โรคระบบการหายใจ

 อื่น ๆ ..............

กลุ่มโรคร่วม(ถามี)

  DM  Anemia  Dementia

 HT  Head Injury  อื่น ๆ ...............

13. ยาที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการเกิด Fall (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

  กลุ่มยาระบาย, ยาถ่าย

 กลุ่มยากล่อมประสาท, มีผลต่อระดับความรู้สึก

 กลุ่มยาความดัน, มีผลต่อการลดความดันโลหิต

 ยาอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดFall…………….

14. กิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการเพื่อป้องกัน (ก่อนเกิดเหตุ) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

  มีการนิเทศทางการพยาบาลเป็นประเด็น เรื่อง Prevent Fall

 Risk Round ประเด็น Prevent Fall

 กระตุ้นส่งเสริมโดยโปสเตอร์ สื่อสารสม่ำเสมอ

 มีแนวทางปฏิบัติป้องกัน Fall ที่ชัดเจน

 เข้าร่วมสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์สม่ำเสมอ, ทำ RCA

 กิจกรรมอื่นๆ...........................................................

15. จำแนกตามชนิดหน่วยงานที่เกิดเหตุ

  สามัญ  ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ICU

  พิเศษเดี่ยว  OPD  ER  อื่นๆ..................

  พิเศษรวม

16. ปัจจัยส่งเสริมด้านตัวผู้ป่วยกรณีทำหัตถการ :  หลังคลอด  หลังผ่าตัด หลังส่องกล้อง

 Day 1

 Day 2

 Day 3

 Day 4

 Day 5

 Day ≥5

Equipment/ENV (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

  เตียงนอนชำรุด/ไม่พร้อมใช้งาน

  มีสายสวนคาต่างๆ (โปรดระบุชนิด)........................

  พื้นลื่น, เปียก, พื้นต่างระดับ

  อื่นๆ.........................................