

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. ชนิดแบบประเมินที่ใช้เฝ้าระวัง  
 Hendrich  Morse  Humpty dumpty  อื่นๆ.....
7. ความต่อเนื่องของการประเมิน Fall (ตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด)  
 ต่อเนื่อง  ไม่ต่อเนื่อง  ไม่ได้ประเมิน
8. ได้ติดป้ายสัญลักษณ์เพื่อเตือนให้พึงระวัง Fall (ตามมาตรฐานชมรมเครือข่ายฯ)  
 ติด  ไม่ได้ติด  อื่นๆ.....
9. อายุงาน / ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วยรายที่เกิด Fall.....ปี
10. พื้นที่เกิดเหตุ  ช้างเตี้ย  ระหว่างทางเดิน  ระหว่างทางเดิน  อื่นๆ.....
11. หอผู้ป่วย.....งานการพยาบาล .....
12. กลุ่มโรค

กลุ่มโรคหลักที่มาทำการรักษาในครั้งนี้ (Diagnosis)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง                    | <input type="checkbox"/> จักขุ                 |
| <input type="checkbox"/> โรคกระดูกและข้อ              | <input type="checkbox"/> โรคไต                 |
| <input type="checkbox"/> โรคระบบหลอดเลือดสมอง(stroke) | <input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินปัสสาวะ |
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ + หลอดเลือด         | <input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินอาหาร   |
| <input type="checkbox"/> จิตเวช                       | <input type="checkbox"/> โรคระบบการหายใจ       |
| <input type="checkbox"/> 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)  
 มีการนิเทศทางการพยาบาลเป็นประจำ 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  $\geq$ 5

Equipment/ENV (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

เตียงนอนชำรุด/ไม่พร้อมใช้งาน

มีสายสวนคาต่างๆ (โปรดระบุชนิด).....

พื้นลื่น, เปียก, พื้นต่างระดับ

อื่นๆ.....

