**แบบเยี่ยมตรวจการปฏิบัติตามนโยบาย BMS โดยผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการ**

**หน่วยงานที่เยี่ยมตรวจ.........................................................วันที่เยี่ยมตรวจ..............................................) ผู้เยี่ยม...............................**

| **1.การติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการขอเลือดผิด (Safety Bundle : Blood component Request )** | HN | HN | HN | รวม |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน** | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ |
| ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1. แพทย์เขียนใบขอเลือดให้สมบูรณ์ระบุข้อบ่งชี้ ลงผล Hct PT ,PTT, Plt. การวินิจฉัย และเหตุผลที่ขอใช้ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. แพทย์ Key ขอใช้เลือดในระบบ HO  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. พยาบาลคนที่ 1 Print Sticker ขอเลือดจากระบบ HO 3 แผ่น (ติดใบขอเลือด หลอดบรรจุเลือดและสมุดส่งขอเลือด) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. พยาบาลคนที่ 2 ตรวจสอบซ้ำ ใบขอเลือด หลอดบรรจุเลือด และระบุตัวผู้ป่วยก่อนการเก็บตัวอย่างเลือด |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. ระบุตัวผู้ป่วยโดยบุคลากรอย่างน้อย 2 คน และร่วมกับผู้ป่วย/ ป้ายข้อมือให้ถูกต้องก่อนเก็บตัวอย่างเลือด |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. พนักงานการแพทย์ตรวจสอบซ้ำ ใบขอเลือด หลอดบรรจุเลือด และติด Sticker ในสมุดส่งขอเลือด |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Confirm หมู่เลือดในผู้ป่วยใหม่ โดยการเจาะเลือดใหม่ และ Re–print Sticker ขอเลือดจากระบบ HO |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. มีการบันทึกการขอเลือดได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน |  |  |  |  |  |  |  |  |

| **2.การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการให้เลือดผิด (Safety Bundle : Blood Transfusion)** | HN | HN | HN | รวม |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน** | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ |
| ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1. ตรวจสอบแผนการรักษาการให้เลือดครั้งที่ 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. ตรวจสอบข้อมูลขอใช้เลือดใน BBIS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. แจ้งขอใช้เลือดจากคลังเลือด โดยระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจน4. ตรวจสอบแผนการรักษาการให้เลือดครั้งที่ 2 โดยพยาบาล 2 คน  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Double check 7 ตำแหน่ง (ชื่อ-สกุล, HN, ชนิดเลือด, หมู่เลือด, Rh, หมายเลขเลือด และวันหมดอายุ)โดยพยาบาล 2 คน  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. ระบุตัวผู้ป่วยโดยบุคลากรอย่างน้อย 2 คน และร่วมกับผู้ป่วย/ป้ายข้อมือให้ถูกต้องก่อนให้เลือด |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.วัดญญาณชีพ (BT, PR, RR, BP)7.1 ก่อนให้เลือดภายใน 1 ชั่วโมง7.2 ขณะให้เลือด 5,10,15,30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนเลือดหมด7.3 หลังให้เลือด 1 ชั่วโมง พร้อมติดตามสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. มีการบันทึกการให้เลือดและสังเกตอาการ ภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน |  |  |  |  |  |  |  |  |

| **3.การติดตามการปฏิบัติตามมาตรการใช้ยาและแพ้ยาซ้ำ(Safety Bundle: Adverse Drug Reaction and Repeated Drug Allergy)****(ข้อ1-2 ใช้ประเมินผู้ป่วยทุกราย) (ข้อ 3-6 ใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาเดิม/ ใหม่)** | HN | HN | HN | รวม |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน** | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ |
| ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1. Zero defect ADR 1.1 แพทย์ ซักประวัติแพ้ยาก่อนสั่งยาผู้ป่วย (ดูจากเวชระเบียน)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  1.2 **พยาบาล** ซักประวัติแพ้ยาก่อนให้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. **พยาบาล**, แพทย์ , เภสัชกร คัดกรองประวัติแพ้ยาผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการ (ดูจากเวชระเบียน/HO) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. หลังได้รับแจ้งจากผู้ป่วยว่าเคยแพ้ยา แพทย์ พยาบาล เภสัชกร บันทึก alert ในระบบ Health Object (HO)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  3.1. กรณี IPD : พยาบาล โทรแจ้งเภสัชกรเพื่อประเมินอาการแพ้ยา ที่หอผู้ป่วย |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  3.2. เภสัชกร หลังประเมินแพ้ยา ออกบัตรแพ้ยาและบันทึกข้อมูลในระบบ HO |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือแพ้ยา พยาบาลโทรแจ้งเภสัชกร และ บันทึก alert ในระบบ HO |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  4.1. กรณี Anaphylaxis, SJS, DRESS, TEN ประเมินภายใน 24 ชม. กรณีเกิดแพ้ยาใหม่ ประเมิน ภายใน 48 ชม.  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  4.2. หลังประเมินแพ้ยา เภสัชกรออกบัตรแพ้ยาและบันทึกข้อมูลในระบบ HO |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. ประวัติแพ้ยาจะแสดงในระบบ HO , หน้า Chart , Medication reconciliation,ใบสั่งยา General summary , MAR, Assessment form และ OPD card (ถ้ามี) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. มีการบันทึกการติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อไม่ให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ ADR อย่างถูกต้อง ครบถ้วน  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| **4.ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง  ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ** | HN | HN | HN | HN |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| เกณฑ์การประเมิน | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ | การปฏิบัติ |
| ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1. Identification ผู้ป่วย 3 ข้อบ่งชี้ (ชื่อ-สกุล, HN, วันเดือนปีเกิด)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. เจ้าหน้าที่รับส่งผู้ป่วย และพยาบาลเจ้าของไข้ ตรวจสอบคำสั่งการผ่าตัดให้ตรงกับใบรายงานรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด และใบConsent form |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. มีการทำ Mark site ที่ตัวผู้ป่วย โดยทำสัญลักษณ์ (Mark  site) ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. เจ้าหน้ารับส่งผู้ป่วยตรวจสอบความถูกต้องของการทำ Mark site ทั้งในตัวผู้ป่วย และใบ Consent form |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. ไม่รับผู้ป่วยไปผ่าตัด กรณีปฏิบัติไม่ครบถ้วนตามข้อ1 ถึงข้อ 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. มีการบันทึกการเตรียมผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน |  |  |  |  |  |  |  |  |

***ความต้องการการช่วยเหลือจากผู้บริหาร*** *…………………………………………………………………………………............................................................................................................................……………………*

***ผู้รับเยี่ยม*** *.......................................................................................................................................................................* ***ผู้เยี่ยม (ผตก.นอกเวลาราชการ****)............................................................*