

มาตรฐานเชิงนโยบาย
เรื่อง “การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนให้การรักษาหรือทำหัตถการ”
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างถึง การมีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร รหัสเอกสาร : นย/ 2558 หน้า 1-4	
<p>ผู้เขียน/เรียบเรียง(ต้นฉบับ) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 10 ตุลาคม 2548</p> <p>ผู้รับรองวันที่..... (รศ.นพ.ชนนทร์ วนาภิรักษ์ : QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติวันที่..... (รศ.นพ.วิชาญ หล่อวิทยา: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติวันที่..... (ศ.นพ.สุพจน์ วุฒิการณ: คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	<p>ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1</p> <p>คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง กุมภาพันธ์ 2558</p> <p>ผู้เสนอวันที่..... (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์: ผู้จัดการความเสี่ยง)</p> <p>ผู้รับรองวันที่..... (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์: QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติวันที่..... (ผศ.นพ.นิสิต วรรณัจฉริยา: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติวันที่..... (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ: คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกคน ในการระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้การตรวจรักษา หรือทำหัตถการ
- 1.2 เพื่อยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วยที่ทำการตรวจ รักษา และทำหัตถการ
- 1.3 เพื่อใช้ในการติดตามและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการทำหัตถการ

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 การบ่งชี้ผู้ป่วย หมายถึง การระบุตัวผู้ป่วย เพื่อยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการทำการตรวจ รักษา หรือทำหัตถการ
- 2.2 การทำหัตถการ หมายถึง การกระทำการใดๆ เพื่อตรวจ รักษา หรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ภายใต้มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 2.3 ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นกรณีพิเศษนอกเหนือจากภาวะที่เกิดขึ้นตามปกติ

3. นโยบายปฏิบัติ

- 3.1 การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยด้วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ทุกครั้งที่มีการทำตรวจ รักษา หรือทำหัตถการ เพื่อยืนยันตัวบุคคลว่าถูกต้องกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผนการรักษา
- 3.2 กรณีการทำหัตถการ หรือการผ่าตัด นอกจากการบ่งชี้ด้วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ และให้ทบทวนการบ่งชี้ซ้ำก่อนการลงมือทำหัตถการ หรือการผ่าตัด

4. ขั้นตอนการปฏิบัติ

4.1 การให้เลือด

1) ขั้นตอนการเจาะเลือดเพื่อ Grouping matching

- ระบุตัวผู้ป่วยที่จะเจาะเลือด ให้ตรงกันอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ คือ สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย และดูป้ายชื่อมือผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้ตรวจสอบป้ายชื่อมือกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ลักษณะขึ้นไป เช่น เพศ อายุ ลักษณะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค เป็นต้น

- ให้ผู้เตรียม Tube และผู้เจาะเลือดเป็นบุคคลเดียวกัน

- ตรวจสอบชื่อ-สกุล ผู้ป่วยให้ตรงกันกับ Tube ก่อนและหลังนำเลือดใส่ Tube

2) ขั้นตอนการให้เลือด

- มีการ Double check ด้วยเจ้าหน้าที่ 2 คน ก่อนนำเลือดไปให้ผู้ป่วย

- มีการระบุตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย และดูป้ายชื่อมือผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้ตรวจสอบป้ายชื่อมือกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ลักษณะขึ้นไป เช่น เพศ อายุ ลักษณะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค/หัตถการที่ต้องให้เลือด ป้ายหน้าเตียง เป็นต้น

4.2 การให้ยาที่รุนแรง/ยาอันตราย/ยา high alert drug

1) มีการ Double check ด้วยเจ้าหน้าที่ 2 คน ก่อนให้ยาผู้ป่วย ในใบ MAR (Medication Administration Record) และในใบคำสั่งการรักษา

2) มีการระบุตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย และดูป้ายชื่อมือผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้ตรวจสอบป้ายชื่อมือกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ลักษณะขึ้นไป เช่น เพศ อายุ ลักษณะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค เป็นต้น

4.3 การทำหัตถการ/Investigation

1) มีการระบุตัวผู้ป่วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย และดูป้ายชื่อมือผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้ตรวจสอบป้ายชื่อมือกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ลักษณะขึ้นไป เช่น เพศ อายุ ลักษณะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค เป็นต้น

2) ในกรณีที่มีสิ่งส่งตรวจ ให้มีการ ตรวจสอบชื่อ - สกุล ผู้ป่วยให้ตรงกันกับ Tube/ภาชนะ ก่อนและหลังใส่สิ่งส่งตรวจลง Tube/ภาชนะ

4.4 การทำผ่าตัด

1) ตรวจสอบข้อมูลและข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย ระบุข้างที่จะผ่าตัด ชื่อ-สกุลผู้ป่วย อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ เช่น จาก ประวัติผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายของแพทย์ คำสั่งแพทย์ ชนิดของการผ่าตัด ให้ตรงกัน

2) ทำเครื่องหมายเพื่อระบุตำแหน่งที่ผ่าตัดให้ชัดเจน เช่น วงกลม กากบาท หรือทำสัญลักษณ์ตรงตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัด โดยเฉพาะอวัยวะที่มี 2 ข้างให้ระบุซ้าย/ขวาให้ชัดเจน และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเขียน/กำหนดสัญลักษณ์

3) ยืนยันความถูกต้องครั้งสุดท้ายก่อนการผ่าตัด โดยมีการขอเวลานอก (Time out) เพื่อตรวจสอบชื่อ-สกุล และข้างที่จะผ่าตัดอีกครั้งก่อนผ่าตัด โดยให้มีการขานรับทั้ง 3 สาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล กรณีมีข้อสงสัยให้หยุดทันทีและให้มีการสืบค้นหาให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

5. กลุ่มเป้าหมาย

- 5.1 แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา หรือทำหัตถการ-ผ่าตัด ทุกคน
- 5.2 พยาบาล/บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษา และทำหัตถการ-ผ่าตัด

6. ผู้รับผิดชอบ

- 6.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 6.2 หัวหน้าภาควิชาที่เกี่ยวข้องทุกภาควิชา
- 6.3 หัวหน้าหอผู้ป่วย/ผู้ตรวจการ/หัวหน้างานการพยาบาล

7. เกณฑ์ชี้วัด

อุบัติการณ์การตรวจ รักษา ทำหัตถการ-ผ่าตัด ผิดคน/ผิดข้าง

8. การประเมินผล

ประเมินโดยภาพรวมของโรงพยาบาล

แบบบันทึกประวัติการสร้างมาตรฐานนโยบายสหสาขาและการปรับปรุงแก้ไข

“เรื่อง การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนการรักษาหรือทำหัตถการ”

คู่มือฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงคู่มือ						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
คู่มือใหม่	ปรับรูปแบบ Re-formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข/เพิ่มเติม ข้อความที่จำเป็น	แก้ไขให้สอดคล้องกับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎ-ระเบียบ	มีความเสี่ยง	เป็นความรู้/ วิทยาการใหม่	เพิ่มประสิทธิภาพ	Yes	No
		√	√			√			√	
การปรับปรุงแก้ไข : คู่มือฉบับนี้ จะปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงแก้ไข ทุก 3-5 ปี หรือเมื่อมีความจำเป็น										
วัน/ เดือน/ ปี ที่สร้างครั้งแรก : สิงหาคม 2547										
วัน/ เดือน/ ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข :										
วัน/ เดือน/ ปี ที่เผยแพร่ :										
File Name : การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนการรักษาหรือทำหัตถการ										