**แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ประจำเดือน …...........................… ปีงบประมาณ.................**

**ศูนย์บริการสาธารณสุข ................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **รายละเอียด** | | **หน่วย** | **ผลการดำเนินการ** |
| 1 | จำนวนใบสั่งยาทั้งหมดที่มียา+ใบสั่งยาวัคซีนในกรณีที่วัคซีนจ่ายจากห้องยา | ใบ |  |
| 2 | จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด | ครั้ง |  |
|  | - ในขั้นตอนการ**สั่งใช้ยา**ที่คลาดเคลื่อน | ครั้ง |  |
|  | - ในกระบวนการ**ก่อนการจ่ายยา**ที่คลาดเคลื่อน | ครั้ง |  |
|  | - ในขั้นตอน**การจ่ายยา**ที่คลาดเคลื่อน | ครั้ง |  |
| 3 | อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมดที่พบจากใบสั่งยา | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา  (เป้าหมาย: ไม่เกิน 65/1000) |  |
|  | - Prescribing error | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา  (เป้าหมาย: ไม่เกิน 30/1000) |  |
|  | - Pre-dispensing error | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา  (เป้าหมาย: ไม่เกิน 30/1000) |  |
|  | - Dispensing error | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา  (เป้าหมาย: ไม่เกิน 5/1000) |  |
| 4 | จำนวนผู้ป่วยที่ต้องบริหารยาในทุกคลินิก\* | ราย |  |
|  | จำนวนความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในทุกคลินิก\* | ครั้ง |  |
|  | อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) | ครั้ง/1000 ราย  (เป้าหมาย: ไม่เกิน 5/1000) |  |
| 5 | ผลของความคลาดเคลื่อน |  |  |
|  | * **ความรุนแรงระดับ D ขึ้นไป\*\*** | ครั้ง |  |
|  | * วิเคราะห์หา RCA (ความรุนแรงระดับ D ขึ้นไป) | ครั้ง |  |

หมายเหตุ \* คลินิกที่มีการบริหารยา เช่น ห้องปฏิบัติการพยาบาล, คลินิกยาเสพติด, คลินิกวัณโรค, คลินิกกามโรค, ทันตกรรม, อนามัยโรงเรียน, เยี่ยมบ้าน, หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และศูนย์สาขา

\*\* ความคลาดเคลื่อนระดับ D หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและไปถึงผู้ป่วยแล้ว ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แตยังจําเปนตองติดตามผูปวยเพิ่มเติม เชน การบริหาร insulin ทางหลอดเลือดดําเกินขนาด ทําใหตองติดตามเฝาระวัง หรือดูแลผูปวยในระยะหลังผาตัด เปนตน

**ลงชื่อ ................................................................**

**ตำแหน่ง ...........................................................**

**แบบรายงานยาและเวชภัณฑ์ขาดคราว (เฉพาะที่มีผลกระทบกับผู้รับบริการ)**

**ประจำเดือน …...........................… ปีงบประมาณ.................**

**ศูนย์บริการสาธารณสุข ................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **รายการ** | **จำนวน** | **หน่วย** |
| 1 | จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและเวชภัณฑ์เนื่องจากยาขาดคราวทั้งหมด |  | ครั้ง |
|  | * เนื่องจากยาขาดคลัง ศบส. |  | ครั้ง |
|  | * เนื่องจากยาขาดจากกองเภสัชกรรม |  | ครั้ง |
| 2. | รายการยาและเวชภัณฑ์ที่ขาดคลัง ศบส. |  |  |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
| 3. | รายการยาที่ขาดจากกองเภสัชกรรม |  |  |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |

หมายเหตุ \* รายการยาและเวชภัณฑ์ขาดคราว หมายถึง รายการยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบ

ตามที่แพทย์สั่ง

\*\* ส่งเฉพาะเดือนที่มียาและเวชภัณฑ์ขาดคราว

**ลงชื่อ ................................................................**

**ตำแหน่ง ...........................................................**