SERVICE PROFILE

ตึกผู้ป่วย 2

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บริบท (Context)

- เป้าหมาย (**Purpose**) ให้บริการผู้รับบริการ ด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ
- ขอบเขตการให้บริการ (**Scope of Service**) ให้บริการผู้ป่วยตามสาขาหลัก อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม และจิตเวช รวมทั้งให้บริการผู้ป่วยห้องแยกโรค และพระภิกษุ ตั้งแต่แรกรับ – จำหน่ายกลับบ้าน ประสานข้อมูลเยี่ยมบ้านสู่ชุมชน รับผู้ป่วยได้ทั้งหมด 40 เตียง

ความต้องการของผู้รับผลงานภายนอก

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ
ผู้ป่วย	หายจากโรค /ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน/ได้รับบริการที่รวดเร็ว/
	ได้รับบริการด้วยพฤติกรรมบริการที่ดี /สถานที่สะอาด ปลอดภัย
ญาติผู้ป่วย	ได้รับบริการดุจญาติมิตร/ได้รับคำอธิบาย ผลการตรวจ ผลการวินิจโรค ความเห็นคำแนะนำของญาติตนเอง

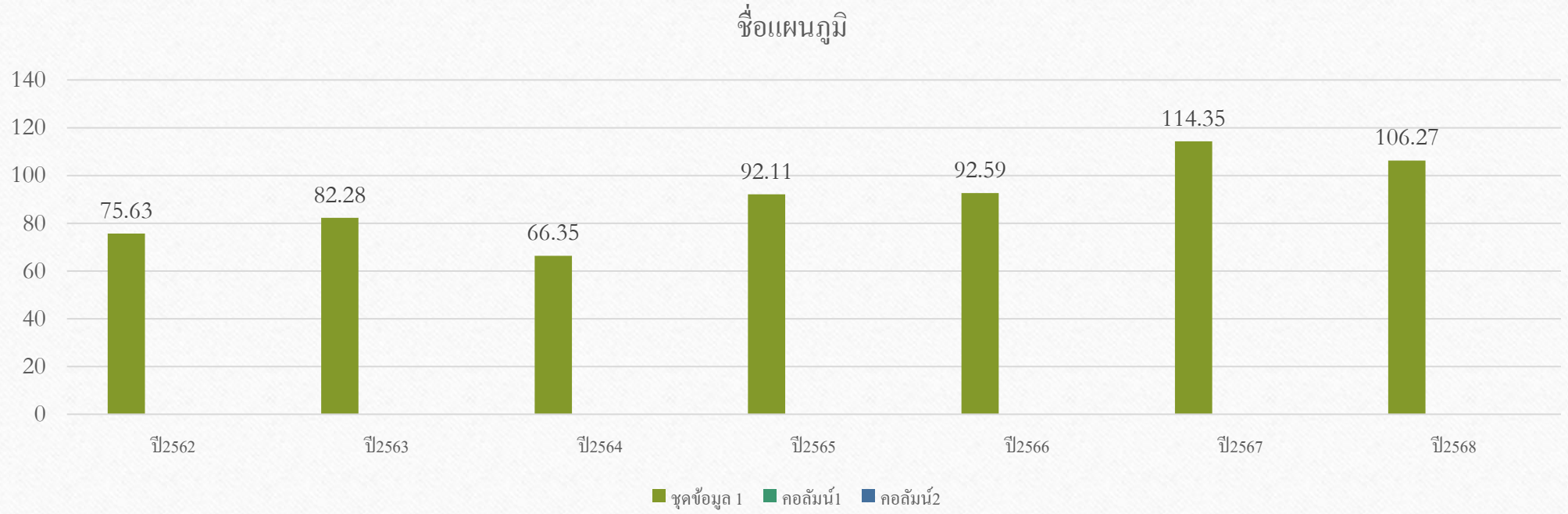
ความต้องการของผู้รับผลงานภายใน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ
แพทย์	ประเมินคนไข้ได้ถูกต้อง รายงานได้ถูกต้องทันเวลา
ห้องLAB	เก็บสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้อง ทั้งวิธีการเก็บ ปริมาณ และระยะเวลาที่เหมาะสม
ห้องยา	ส่งข้อมูลคำสั่งยาในระบบ NEO ได้ถูกต้อง
ห้องX-RAY	ส่งข้อมูลการX-RayในระบบNEO ได้ถูกต้อง/คนไข้ที่เสี่ยงต่อการทรุดลงให้มีพยาบาลนำส่ง
โภชนากร	สั่งเมนูอาหารได้ถูกต้อง ทั้งประเภท จำนวน และทันรอบเวลาอาหาร

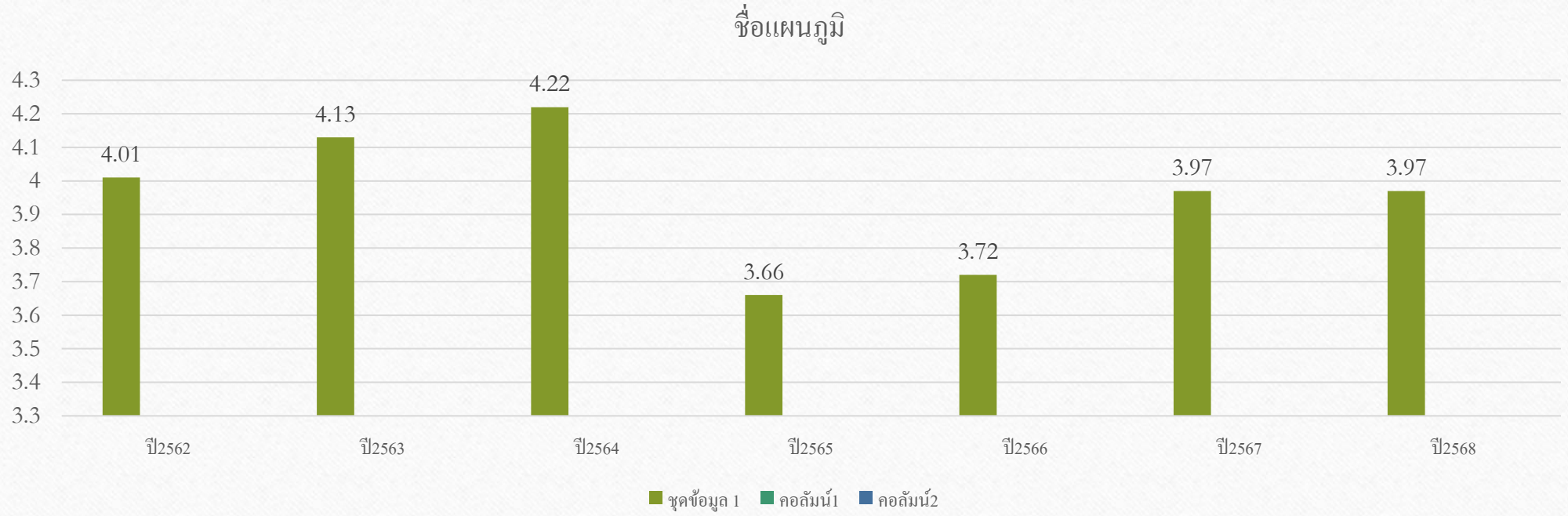
ความต้องการของผู้รับผลงานภายใน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการ
งานสนับสนุนบริการ	แยกผ้าเปื้อนได้ถูกต้อง ไม่มีอุปกรณ์ ของมีคมติดไป นับส่งอุปกรณ์ได้ถูกต้อง
งานผู้ป่วยหนัก	ส่งข้อมูลผู้ป่วยได้ถูกต้อง / บันทึกเวชระเบียนให้ชัดเจน
งานห้องผ่าตัด	ส่งผู้ป่วยได้ถูกคน /ตรวจสอบการMask site /ถอดอุปกรณ์ต้องห้ามก่อนเข้า/ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยก่อนส่งผ่าตัด/เตรียมเลือดให้พร้อม
งานตึกพิเศษ	ส่งข้อมูลผู้ป่วยก่อนย้ายให้ครบถ้วน ประเมินผู้ป่วยก่อนย้าย

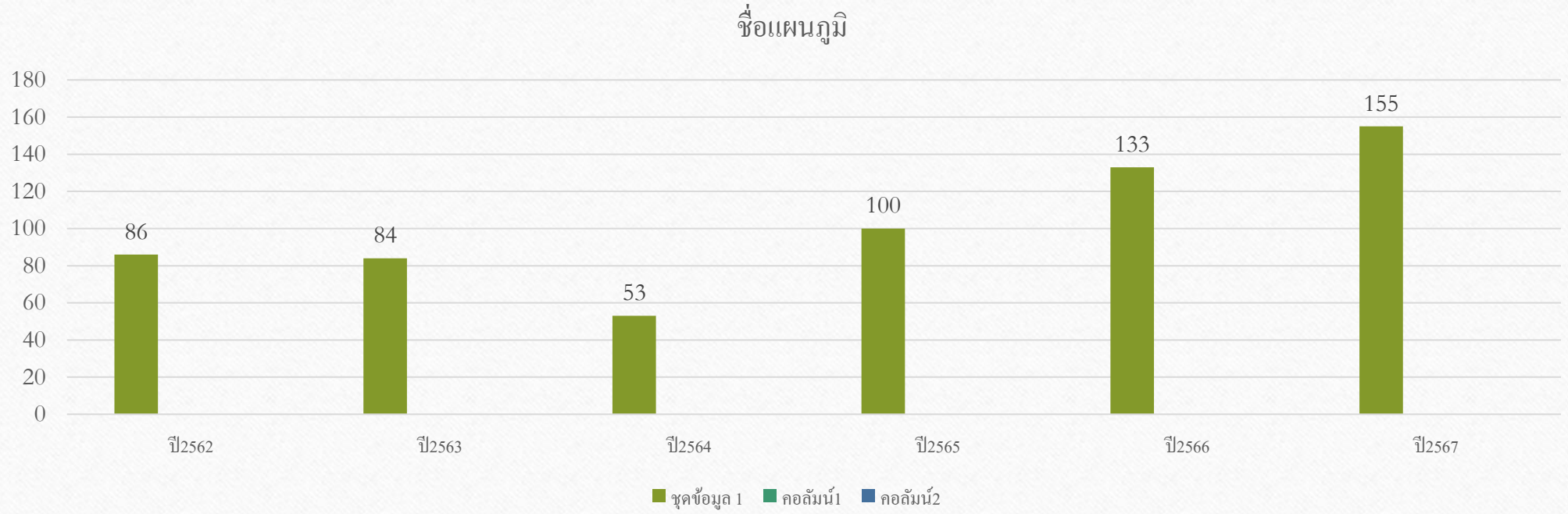
อัตราการครองเตียง ตึกผู้ป่วย 2



LOS ตึกผู้ป่วย 2


ชื่อแผนภูมิ
4.3
4.2
4.1
4
3.9
3.8
3.7
3.6
3.5
3.4
3.3
4.01
4.13
4.22
3.66
3.72
3.97
3.97
ปี2562
ปี2563
ปี2564
ปี2565
ปี2566
ปี2567
ปี2568
ชุดข้อมูล 1
คอลัมน์1
คอลัมน์2

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ตึกผู้ป่วย 2



10อันดับโรค ปี2567

ลำดับที่	จำแนกตามโรคหลัก	จำนวน
1	N390 Urinary tract infection ,site not specified	90
2	J441 Chronic obstructive pulmonary disease	79
3	J189 Pneumonia ,unspecified	74
4	K922 Gastrointestinal haemorrhage ,unspecified	59
5	A099 Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	49
6	J500 Congestive heart failure	42
7	J159 Bacterial pneumonia , unspecified	40
8	J639 Cerebral infarction , unspecified	37
9	J111 Influenza with other respiratory manifestation	37
10	S060 Concussion	35

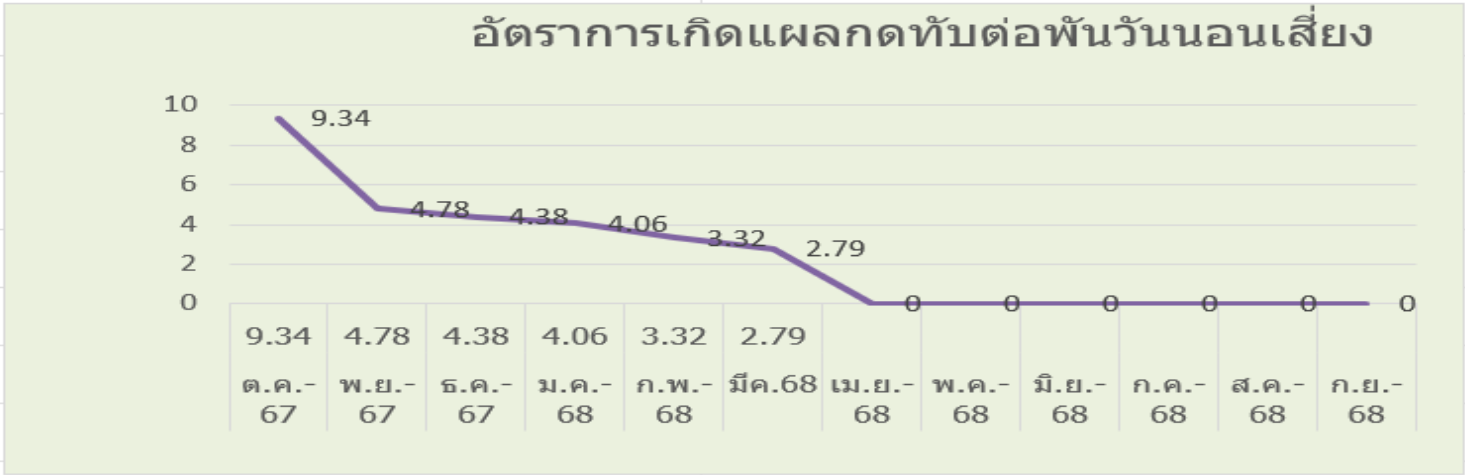
ศักยภาพการให้บริการ / อัตรากำลัง/เครื่องมือ/เทคโนโลยี

พื้นที่ให้บริการ	เตียงสามัญ	34 เตียง
	ห้องพิเศษ	2ห้อง
	ห้องพระภิกษุ	2ห้อง
	ห้องแยกโรค Negative pressure	2ห้อง
บุคลากร	พยาบาลวิชาชีพ	12คน
	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	5คน
	อัตรากำลัง พยาบาล เวรเช้า:บ่าย:ดึก	6:4:4
เทคโนโลยี	ใช้ระบบpaperless	คอมพิวเตอร์ 9 เครื่อง
อุปกรณ์สำคัญ	ventilator	2เครื่อง

บัตรคะแนน (Scorecard) ระดับหน่วยงาน แบบที่ 2 ชื่อหน่วยงาน ตึกผู้ป่วย 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ปี 2568							คะแนนรวม รอบที่					6เดือน		
							คะแนน					ผล	คะแนน	คะแนน x นน.
	วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน	ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	baseline	เป้าหมาย	น้ำหนัก	1	2	3	4	5			
ด้านการเงิน	เพิ่มรายรับ	- เพิ่มคุณภาพการบันทึก	ความครอบคลุมการประเมิน	NA	≥90%	20	<60	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	90	5	100
		เวชระเบียน	ภาวะโภชนาการและบันทึกในเวชระเบียน											
ด้านลูกค้า	คะแนนความพึงพอใจโดยรวม	เพิ่มคะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการ	จำนวนเดือนที่คะแนนความพึงพอใจโดยรวม	83.00%	91%	15	< 41	≥ 50	≥ 60	≥70	≥ 83	80	4	60
			ผ่านเกณฑ์ 95 คะแนน*100/12	(10/12เดือน)	(11/12เดือน)									
ด้านกระบวนการ	คะแนนด้านความปลอดภัย	- ลดอัตราการเกิดแผลกดทับในโรง	- อัตราการเกิดแผลกดทับ	3.06	2.5	10	> 3.3	≤ 3.1	≤ 2.9	≤ 2.7	≤ 2.5	2.7	4	40
		พยาบาล	ระดับ 2 ขึ้นไป	ต่อ1000	ต่อ1,000									
				วันนอนเสี่ยง	วันนอนเสี่ยง									
				(11ราย/3595ราย)										
	คะแนนด้านความปลอดภัย	- เพิ่มจำนวนการรายงาน Risk	จำนวนการรายงานRisk ของ	31 ครั้ง	≥45ครั้ง	10	< 30	≥ 30	≥ 35	>40	≥ 45	41	4	40
			หน่วยงานตนเอง											
		ลดความเสี่ยงระดับ E	จำนวนความเสี่ยงระดับ Eลดลง	2	0	5	≥4	3	2	1	0	1	4	20
	คะแนนด้านIC	ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	2.29:พันวัน	<1.5ต่อพันวัน	10	> 2.3	≤ 2.1	≤ 1.9	≤ 2.7	≤ 1.5	1.22	5	50
				นอน	นอน									
				(24ราย/10,458วันนอน)										

บัตรคะแนน (Scorecard) ระดับหน่วยงาน แบบที่ 2 ชื่อหน่วยงาน ตึกผู้ป่วย 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ปี 2568							คะแนนรวม รอบที่					6เดือน		
							คะแนน					ผล	คะแนน	คะแ x น
	วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน	ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	baseline	เป้าหมาย	น้ำหนัก	1	2	3	4	5			
ด้านการเรียนรู้	- อัตรา จนท. มีจิตอาสาเพิ่มขึ้น	-อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีจิตอาสา	จน.จนท.มีจิตอาสาครบตามเกณฑ์*100		85%	8	<70	≥70	≥80	≥90	≥100	รอสรุป	1	8
		≥ 10 ชั่วโมง	จน.เจ้าหน้าที่											
	-สนับสนุนเจ้าหน้าที่เข้าร่วม	-อัตราเจ้าหน้าที่มีคะแนน	จน.จนท.มี คน.ร่วมกิจกรรมรบตามเกณฑ์*100		85%	5	<70	≥70	≥80	≥90	≥100	รอสรุป	1	5
	กิจกรรมเพื่อการทำงาน	ร่วมกิจกรรม ≥ 40คะแนน	จน.เจ้าหน้าที่											
	เป็นทีม													
	-ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้รับ	-อัตราเจ้าหน้าที่มีชั่วโมงเรียนรู้	จน.จนท.มีชม.เรียนรู้ครบตามเกณฑ์*100		85%	5	<70	≥70	≥80	≥90	≥100	รอสรุป	1	5
	การพัฒนาและเรียนรู้	≥ 20 ชั่วโมง	จน.เจ้าหน้าที่											
		-อัตราเจ้าหน้ามีวันฝึกอบรม	จน.จนท.มีการอบรมครบตามเกณฑ์*100		85%	4	<70	≥70	≥80	≥90	≥100	รอสรุป	1	4
		ครบตามเกณฑ์	จน.เจ้าหน้าที่											
			(ข้าราชการ 10 วัน , ลูกจ้าง 5 วัน)											
		-จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	นับจำนวน ชม. การจัดแลกเปลี่ยน		6 ชม	5	<2	≥3	≥4	≥5	≥ 6	รอสรุป	1	5
		ภายในหน่วยงาน	เรียนรู้ภายในหน่วยงาน											
	- เพื่อการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ	-มี best practice อย่างน้อย	นับ best ที่ได้รับการยอมรับ		1	3	0				1	รอสรุป	1	3
														340
				รวม		100	<60	≥60	≥70	≥80	≥90			68

สรุปแผนพัฒนาของตึก 2 รอบ 6 เดือน ปี68

เป้าหมาย	เป้าหมาย ลดอัตราการเกิดแผลกดทับ< 2.5 ต่อพันวันนอนผู้ป่วยเสี่ยงเกิดแผลกดทับ baseline - 3.06 ต่อพันวันนอนผู้ป่วยเสี่ยงเกิดแผลกดทับ
ผลลัพธ์ (output) แสดงเป็น ตารางหรือกราฟ เปรียบเทียบเป้าหมาย และหรือbaseline ให้เห็น แนวโน้ม ควรมีข้อมูลเดิม ประกอบด้วย	
สรุปผลและ	สรุปผลลัพธ์ - สรุปผลงาน 6 เดือน ปี68 อัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 2.79 :1000 วันนอนเสี่ยง
การดำเนินการต่อไป	ดีกว่า baseline ปี2567 มีแนวโน้มจะบรรลุตามเป้าหมาย<2.5 :1000วันนอนเสี่ยง เมื่อครบกำหนดเวลาตามแผน

สรุปแผนพัฒนา ของตึกผู้ป่วย 2 รอบ 6เดือน ปี68

เป้าหมาย	เป้าหมาย ลดอัตราการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล <1.5ต่อพันวันนอน baseline - 2.29 ต่อพันวันนอน
ผลลัพธ์ (output) แสดงเป็น ตารางหรือกราฟ เปรียบเทียบเป้าหมาย และหรือbaseline ให้เห็น แนวโน้ม ควรมีข้อมูลเดิม ประกอบด้วย	
สรุปผลและ	สรุปผลลัพธ์ - สรุปผลงาน 6 เดือน ปี68 อัตราการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่ากับ 1.18 ต่อพันวันนอน
การดำเนินการต่อไป	ผลการดำเนินการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ดีกว่า baseline และดีกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

Risk Identification						Risk Analysis				Risk Treatment Plan					
Risk ID	Date Added	Process/Project/ Activity	Objective	Risk Title	Risk Description	Quarter	Likelihood (1-5)	Consequence (1-5)	Risk		Transfer & Prevention	Risk Monitor & Control	Risk Mitigation	QI Plan	Review Frequency
ลำดับที่	วันที่นำเข้า	กระบวนการ/ โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ชื่อความเสี่ยง	รายละเอียดความเสี่ยง	ไตรมาส	โอกาส	ผลที่ตามมา	ระดับความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการป้องกัน และถ่ายโอนความเสี่ยง	การควบคุม และกำกับติดตามความเสี่ยง	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	แผนพัฒนาคุณภาพ	ความถี่ในการทบทวน
1	2/1/2568	การดูแลผู้ป่วยทั่วไป	ลดการเกิดแผลกดทับ	CPP404 แผลกดทับ	การเกิดแผลกดทับGr.2 ขึ้นไป	1	3	3	6	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยงการเกิดแผล	KPI - อัตราการเกิด		QMP ลดการเกิดแผลกดทับ	ทุก 2 เดือน
											กดทับ เลขที่ 1/2568	แผลกดทับ gr.2			
												<2.5 ต่อพันวันนอนเสี่ยง			
2	2/1/2568	การดูแลผู้ป่วยทั่วไป	ลดการเกิด CAUTI	CPI201 CAUTI	การเกิด CAUTI ขณะผู้ป่วยนอน	1	3	3	6	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยงการเกิด CAUTI	อุบัติการณ์การเกิด CAUTI		AP การลดการติดเชื้อ	ทุก 2 เดือน
					อยู่ในรพ.						เลขที่ 1/2568	ขณะนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 0			
3	2/1/11	การดูแลผู้ป่วย	ลดการเกิดอุบัติการณ์	CPE101	การประเมินผู้ป่วย ผิดพลาด	1	2	4	8	หัวหน้างานตึก2	จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วย	KPI-อุบัติการณ์		QMP พัฒนาการประเมิน	ทุก 2เดือน
		กลุ่มเสี่ยงสูง	Un-plan CPR	Un-planed Cariopulmo	ล่าช้า ผู้ป่วยทรุดลง มีการ CPR						ในกลุ่มโรค STEMI, SEPSIS, STROKE	การเกิด Un-plan CPR		ผู้ป่วยกลุ่ม	
				nary Resuscitation								เท่ากับ0		STEMI, SEPSIS,	
				(CPR)										STROKE	
4	2/1/11	การเก็บสิ่งส่งตรวจ	ลดการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่	CPL202	การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม	1	3	2	5	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยง การเก็บสิ่งส่งตรวจ	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
			เหมาะสม	สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง	เช่น ใส่Tube เลือดผิดประเภท						ไม่เหมาะสม เลขที่ 1/2568	การเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำ			
				ไม่เหมาะสม	เจาะเลือดข้างที่ให้สารน้ำ							≤2ครั้ง/เดือน			
					เกิดการ Hemolyte / CLOT										
					จำเป็นต้องเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่										
5	2/1/11	การดูแลผู้ป่วย	ป้องกันความเสี่ยง	GPE304	ผู้ป่วยจิตเวช - ยาเสพติด มีพฤติกรรม	1	3	2	5	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยง ผู้ป่วยจิตเวช - ยาเสพติด	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
		จิตเวช-ยาเสพติด	บุคลากรถูกทำร้าย	บุคลากร ถูกทำร้าย	ทำร้ายเจ้าหน้าที่						ทำร้ายบุคลากร เลขที่ 1/2568	ผู้ป่วยจิตเวช - ยาเสพติด			
			จากผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติด	ทางกายจากผู้ป่วย								ทำร้ายเจ้าหน้าที่ =0			
6	2/1/11	การบริหารยา	ลดอุบัติการณ์	CPM 205	กระบวนการบริหารยาผิดพลาด	1	2	3	5	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยงการบริหารยาผิดพลาด	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
			การบริหารยาผิดพลาด	Medication error	ในขั้นตอนให้ยา เช่น ผิดคน ผิดชนิด						เลขที่1/2568	บริหารยาผิดพลาดระดับ E			
				Administration	ผิดขนาด ผิดช่องทาง ผิดเวลา							เท่ากับ0			
7	2/1/11	การดูแลผู้ป่วยทั่วไป	ลดการเกิดFALL	CPP405 FALL	อุบัติการณ์การเกิด Fall	1	2	2	4	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยงการเกิด FALL เลขที่ 1/2568	KPI-อุบัติการณ์ FALL		-	ทุก 3 เดือน
8	2/1/11	การIdentify	ลดการIdentify	CPP101 การIdentify	การIdentifyผิดคน	1	2	2	4	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยงการ Identify ผิดพลาด	KPI-อุบัติการณ์		-	ทุก 3 เดือน
			ผิดพลาด	ผิดพลาด	ระดับ C ขึ้นไป						เลขที่ 1/2568	การIdentifyผิดคน			
												เท่ากับ0			
9	2/1/11	การให้เลือด	ป้องกันความผิดพลาด	CPM501 การให้เลือด	Incorrect blood	1	1	3	4	หัวหน้างานตึก2	แบบป้องกันความเสี่ยง การให้เลือดผิดพลาด	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
			จากการให้เลือด	ผิดพลาด	component transfused,						เลขที่ 1/2568	การให้เลือดผิดพลาด			
					IBCT หรือ Wrong blood							เท่ากับ0			

ทะเบียนความเสี่ยง หน่วยงาน ศึกผู้ป่วย 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชพะพานหิน ปีงบประมาณ 2568

Risk Identification						Risk Analysis				Risk Treatment Plan					
Risk ID	Date Added	Process/Project/ Activity	Objective	Risk Title	Risk Description	Quarter	Likelihood (1-5)	Consequence (1-5)	Risk		Transfer & Prevention	Risk Monitor & Control	Risk Mitigation	QI Plan	Review Frequency
ลำดับที่	วันที่นำเข้า	กระบวนการ/ โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ชื่อความเสี่ยง	รายละเอียดความเสี่ยง	ไตรมาส	โอกาส	ผลที่ตามมา	ระดับความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการป้องกัน และถ่ายโอนความเสี่ยง	การควบคุม และกำกับติดตามความเสี่ยง	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	แผนพัฒนาคุณภาพ	ความถี่ในการทบทวน
9	2/1/11	การให้เลือด	ป้องกันความผิดพลาด	CPM501 การให้เลือด	Incorrect blood	1	1	3	4	หัวหน้างานคึก2	แบบป้องกันความเสี่ยง การให้เลือดผิดพลาด	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
			จากการให้เลือด	ผิดพลาด	component transfused,						เลขที่ 1/2568	การให้เลือดผิดพลาด			
					IBCT หรือ Wrong blood							เท่ากับ0			
10	2/1/11	การให้สารน้ำ	ป้องกันการเกิดภาวะ	CPP407 (Infusion	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา	1	1	3	4	หัวหน้างานคึก2	แบบป้องกันความเสี่ยง การป้องกันการเกิด	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
		ทางหลอดเลือดดำ	แทรกซ้อนจากการ	related complication)	/สารน้ำ/เลือด - เกิดการรั่วของ						Phlebitisเลขที่ 1/2568	การเกิด Phlebitis			
			ให้สารน้ำทางหลอด		สารน้ำออกนอกเส้นเลือด							เท่ากับ0			
			เลือดดำ		ทำให้เกิด Phlebitis										
11	2/1/11	การทำหัตการ	ป้องกันอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	GP101	เกิดอุบัติการณ์เข็ม ของมีคมทิ่มตำ	1	2	2	4	หัวหน้างานคึก2	แบบป้องกันความเสี่ยงการป้องกันของมีคมทิ่มตำ	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
		กับผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน	บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์	มือเจ้าหน้าที่เช่นการฉีดยา เจาะเลือด						เลขที่1/2568	การเกิดของมีคมทิ่มตำ			
				มีคมทิ่มตำ	หัตการเจาะปอด เจาะท้อง							เท่ากับ0			
12	2/1/11	การดูแลผู้ป่วย	ป้องกันการแพร่	GPE 102	ห้องIsolation room	1	1	3	4	หัวหน้างานคึก2	แบบป้องกันความเสี่ยง ห้องแยกโรคไม่พร้อมใช้	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
		กลุ่มเสี่ยงแพร่	กระจายเชื้อระบบ	Isolation room	ชำรุด ระบบระบายอากาศ						เลขที่1/2568	ห้องแยกโรคไม่พร้อมใช้			
		กระจายเชื้อระบบ	ทางเดินหายใจในผู้ป่วย	มีการระบายอากาศ	ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน							จากระบบระบายอากาศ			
		ทางเดินหายใจ	ที่รับไว้รักษาในห้องแยก	ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน								ไม่ได้มาตรฐาน =0			
			โรค												
13	2/1/11	การรายงานLAB	ลดอุบัติการณ์การรายงาน	CPP205	พบอุบัติการณ์การรายงาน LAB	1	2	2	4	หัวหน้างานคึก2	แบบป้องกันความเสี่ยงการรายงานLAB วิกฤติ	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
		วิกฤติ	LAB วิกฤติล่าช้า	ไม่รายงาน Critical Test	วิกฤติล่าช้า						ล่าช้า เลขที่1/2568	การรายงานLAB วิกฤติล่าช้า			
				Results หรือรายงาน								เท่ากับ0			
14	2/1/11	การดูแลต่อเนื่อง	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ	CPP331	พบอุบัติการณ์การเตรียมความพร้อม	1	2	2	4	หัวหน้างานคึก2	ทบทวนแนวทางการวางแผนการจำหน่ายกลุ่มโรค	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
			ดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อ	การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่ครบถ้วนเช่น						IMC / Palliative care /และแนวทางการ Key	ผู้ป่วย IMC และ Palliative			
			(Continuity of Care)	เนื่อง/ไม่เชื่อมโยง /ไม่สอด	ไม่ได้วางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วย						COC ในกลุ่มโรคที่จำเป็นต้องได้รับการ	ไม่ได้รับการ KEY COC=0			
				คล้องกับบริบท	IMC / Palliative care /ไม่ได้ Key						ดูแลต่อเนื่อง				
				และสภาวะของโรค	COC ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้										
					รับการดูแลต่อเนื่อง										
15	2/1/11	การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยง	เพื่อป้องกันเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ	GP1201 จนท.ติดเชื้อทาง	การติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เช่น	1	1	3	4		แบบป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	KPI-อุบัติการณ์			ทุก 3 เดือน
		ต่อการแพร่กระจาย	จากการปฏิบัติหน้าที่	อากาศ	โควิก-19 TB มือลูกไล						เลขที่01/2568	เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน			
		เชื้อทางอากาศ		airborne transmission								เท่ากับ0			
				จากการปฏิบัติงาน											

เวลา

บอกฉันเพิ่มเติม

โรงพยาบาลของเรา เป็นโรงพยาบาลของประชาชน