

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้า 2 จาก 9
1.0 วัตถุประสงค์ 1.1 เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา 1.2 เพื่อกำหนดขั้นตอน การแก้ปัญหาที่เหมาะสม ทันเหตุการณ์ 1.3 เพื่อดำเนินการในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา 2.0 ขอบเขต เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับใช้ในโรงพยาบาลสุโขทัย 3.0 คำจำกัดความ - ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย <u>ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา</u> 1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (Prescribing Error) 2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งยา (Transcribing Error) 3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing Error) 4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration Error) - การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง กระบวนการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยา และกระบวนการป้องกัน หรือลดโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การแบ่งระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยา เปรียบเทียบกับความเสี่ยง ระดับ 1 ไม่มีความคลาดเคลื่อน Category A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ระดับ 2 มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ถึงผู้ป่วย Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว Category D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม		

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้า 3 จาก 9
ระดับ 3 มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย Category E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องมีการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม Category F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็น ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป Category G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร Category H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น) ระดับ 4 มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต 4.0 ความรับผิดชอบ 4.1 ผู้ปฏิบัติงาน (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่) 1) ทุกคนต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) ให้ความร่วมมือ สนใจ เอาใจใส่ และปฏิบัติตามมาตรการ คู่มือ / วิธีปฏิบัติ / ระเบียบข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง กับระบบยาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด 3) ค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน บันทึกรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ ให้ข้อเสนอแนะ / รายงานต่อคณะกรรมการระบบยา 4) เสนอแนะหรือให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงการทำงาน และวิธีลดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการทำงาน 4.2 หัวหน้างาน / หัวหน้าหอผู้ป่วย 1) ปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี 2) ดูแลเผื่อระวังไม่ให้มีสภาพการทำงาน และการปฏิบัติที่เป็นสาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยา ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ 3) ปฐมนิเทศ อบรม เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาแก่เจ้าหน้าที่ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ หรือปรับเปลี่ยนงาน ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ 4) ตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ตามมาตรการการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นประจำทุกวัน 5) เป็นที่ปรึกษา แนะนำ จัดประชุมปรึกษา แก่เจ้าหน้าที่ในความรับผิดชอบเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา 6) ร่วมกำหนดและพัฒนามาตรการ / การจัดทำคู่มือ / แนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาในการปฏิบัติงาน 7) ค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน บันทึกรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ ให้ข้อเสนอแนะ / รายงานต่อคณะกรรมการระบบยา 8) ดำเนินการแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถดำเนินการได้		

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้า 4 จาก 9
4.3 คณะกรรมการระบบยาและความปลอดภัยด้านยา 1) การค้นหาอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 2) การแก้ปัญหา และติดตามประเมินผล 3) การป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของทุกหน่วยงาน 5) ประสานงานแก้ไข และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยากับผู้เกี่ยวข้อง 6) รายงานผลการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวม แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน 4.4 ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ / หัวหน้ากลุ่มงาน) 1) บทบาทในการจัดการเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 1.1) รับรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา วิเคราะห์สาเหตุแก้ไขตามระดับความรุนแรง ดังนี้ ระดับ A – E : มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไข ฝ้าระวัง และป้องกันมิให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาซ้ำ ระดับ F – I : 1.1.1) ดำเนินการแก้ไขทันทีที่ได้รับรายงาน เพื่อลดความรุนแรง ให้ความช่วยเหลือ หรือ อำนวยความสะดวก ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ 1.1.2) มอบหมายให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง / คณะกรรมการระบบยา กำหนดมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา 1.2) ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 1.2.1) ประชุมคณะกรรมการระบบยา เพื่อทำ RCA (Root cause analysis) ภายใน <u>2 สัปดาห์</u> สำหรับความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ I และหาแนวทางป้องกัน / แก้ไขไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นอีก 1.2.2) พิจารณาอัตราค่าลงให้เหมาะสม 1.2.3) เสริมความรู้ / ประชุมวิชาการโดยเน้นให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างมีคุณภาพ 1.2.4) ประชุมเจ้าหน้าที่ตามแผนที่วางไว้ 2) บทบาทในการพิทักษ์สิทธิเจ้าหน้าที่ 2.1) เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้ชี้แจง โดยไม่กล่าวโทษ หรือตำหนิ 2.2) กำชับเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้ถือเป็นความลับขององค์กร / การให้ข้อมูลสื่อมวลชน ให้ปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาล 2.3) ตรวจสอบรายงานจากเวชระเบียน หรือใบบันทึกอุบัติการณ์ให้ถูกต้อง / ครบถ้วน 2.4) เน้นการจัดเก็บข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ		

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้า 5 จาก 9
4.4 ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ / หัวหน้ากลุ่มงาน) (ต่อ) 3) บทบาทในการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ 3.1) อำนวยความสะดวก / แสดงความรับผิดชอบ / ให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม 3.2) ให้ความเป็นธรรม 3.3) พยายามแก้ไขปัญหา และตั้งใจให้ผู้เสียหายอยู่รักษาตัวต่อในสถานพยาบาล จนสามารถแก้ไขปัญหาจากความคลาดเคลื่อนทางยาได้สำเร็จ 3.4) ดำเนินการตรวจสอบ / ปรับปรุงแก้ไขโดยการพัฒนาระบบอย่างรวดเร็ว 5.0 ขั้นตอนการปฏิบัติ 5.1 กระบวนการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลสุโขทัยได้แก่ 5.1.1 ค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยา คือ การเฝ้าระวัง มีระบบรายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้เกิดการประสานงาน และการตอบสนองอย่างเหมาะสม ตามกระบวนการสื่อสาร และจัดการความเสี่ยง 5.1.2 จัดการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา 5.1.3 จัดการเมื่อเกิดปัญหา 1) เมื่อเกิดเหตุการณ์ ให้ผู้พบเหตุการณ์รายงานผู้บังคับบัญชาชั้นต้นทันที 2) ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น / ผู้พบเหตุการณ์ รายงานผู้รับผิดชอบทันที 3) ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องหาแนวทางแก้ไขทันที 5) กรณีเกินขีดความสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือคณะกรรมการพัฒนาระบบยาโดยเร็ว 6) หลีกเลี่ยงการแพร่กระจายข่าวสู่ภายนอก 7) ผู้บริหารสูงสุดเป็นผู้แถลงข่าวแก่สื่อมวลชน (หากจำเป็น) 8) คณะกรรมการระบบยา สรุปขั้นตอน และรายละเอียดเป็นเอกสาร 5.1.4 การประเมิน (Evaluation) เป็นการทบทวนประสิทธิภาพขององค์กรว่ายุทธศาสตร์ที่ใช้อยู่นั้นได้ผลดีหรือไม่ การประเมินควรมีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 5.2 การจัดเก็บข้อมูล และจัดทำบัญชีความคลาดเคลื่อนทางยา 5.2.1 การจัดทำบัญชีความคลาดเคลื่อนของหน่วยงานต่าง ๆ เป็นหมวดหมู่ โดย 5.2.1.1 แยกเก็บตามลำดับความรุนแรงจากมากไปน้อย 5.2.1.2 จาก 5.2.1.1 และในแต่ละระดับความรุนแรงจะเรียงลำดับตามความเป็นปัจจุบันไปอดีต 5.2.1.3 จาก 5.2.1.1 และในแต่ละระดับความรุนแรง จะเรียงลำดับตามชื่อหอผู้ป่วย จาก ก- ฮ 5.2.2 รวบรวมข้อมูลรายงานความคลาดเคลื่อนของโรงพยาบาล 5.2.3 วิเคราะห์ข้อมูล รายงานต่อหน่วยงานที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือผู้บริหาร เพื่อจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาทุก 1 เดือน หรือภายในเวลาที่กำหนดตามระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา		

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้าที่ 6 ใน 9
5.0 ขั้นตอนการปฏิบัติ (ต่อ) 5.3 การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 5.3.1 บัญชีความคลาดเคลื่อนทางยาของแต่ละหน่วยงาน ที่จัดหมวดหมู่แล้ว รายงานย้อนกลับหน่วยงานเพื่อทราบแนวโน้มของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น และนำข้อมูลไปพัฒนาระบบงานเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนที่รุนแรงซ้ำ และลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อน 5.3.2 บัญชีความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพโรงพยาบาล รายงานย้อนกลับหน่วยงานและคณะกรรมการพัฒนาระบบการใช้จ่าย หรือคณะกรรมการ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง 5.3.3 ติดตามผลการบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน ภายหลังจากการรายงานทุกเดือน 6.0 ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการระบบยาและความปลอดภัยด้านยา 7.0 เกณฑ์การประเมิน 7.1 ไม่พบการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ G-H-I 7.2 มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาครบทุกหน่วยงาน (100 %) 7.3 มีการจัดทำบัญชีความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน 7.4 อุบัติการณ์ที่มีระดับ E ขึ้นไป ทุกรายงาน มีการทำ RCA 7.5 มีการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดบ่อย และอุบัติการณ์ระดับ C-D ในที่ประชุมของหน่วยงานทุกเดือน 8.0 วิธีการประเมิน สรุปรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นรายเดือน และวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขต่อไป 9.0 เอกสารอ้างอิง/เอกสารที่เกี่ยวข้อง 9.1 คู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System on Cloud : HRMS on Cloud)		

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้า 7 จาก 9

ภาคผนวก

ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์

แนวทางการรายงานและการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์

1.Near Miss/Low Risk (A-D)

- 1.1 บันทึกรายงานในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System on Cloud: HRMS on Cloud)
- 1.2 รายงานหัวหน้าหน่วยงานภายใน 7 วัน (หรือวันเปิดทำการ)
- 1.3 ทบทวนแก้ไขในหน่วยงานภายใน 1 เดือน
- 1.4 กรณีคร่อมสายงาน ทบทวน แก้ไข โดยทีมผู้เกี่ยวข้องภายใน 1 เดือน
- 1.5 จัดทำคู่มือปฏิบัติ/ระเบียบปฏิบัติ

2.Moderates Risk (E-F)

- 2.1 บันทึกรายงานในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System on Cloud: HRMS on Cloud)
- 2.2 รายงานหัวหน้าหน่วยงานภายใน 3 วัน (หรือวันเปิดทำการ)
- 2.3 ทบทวนแก้ไขในหน่วยงานภายใน 14 วัน
- 2.4 กรณีคร่อมสายงาน ทบทวน แก้ไข โดยทีมผู้เกี่ยวข้องภายใน 14 วัน
- 2.5 จัดทำคู่มือปฏิบัติ/ระเบียบปฏิบัติ

3.High Risk (G H I)

- 3.1 ผู้พบเหตุการณ์ แจ้งผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น นอกเวลาราชการแจ้งพยาบาลตรวจการ
- 3.2 ผู้รับรายงาน รายงานต่อผู้อำนวยการทันที ไม่เกิน 24 ชั่วโมง
- 3.3 ผู้รับรายงานแก้ไขตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนด ตามความเหมาะสม / และรอรับคำสั่งการดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 3.4 ทบทวนแก้ไขในหน่วยงานภายใน 48 ชั่วโมง
- 3.5 จัดทำคู่มือปฏิบัติ/ระเบียบปฏิบัติ

การแบ่งระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยา เปรียบเทียบกับความเสี่ยง

ระดับ 1 ไม่มีความคลาดเคลื่อน

Category A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

ระดับ 2 มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย

Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ถึงผู้ป่วย

Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

Category D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้า 8 จาก 9
ระดับ 3 มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย Category E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องมีการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม Category F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องมีการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป Category G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร Category H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาลแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น) ระดับ 4 มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต การค้นหาคความเสี่ยง (Risk identification) เป็นการทบทวนโอกาสที่อาจเกิดปัญหาในอนาคต เพื่อจัดการให้ได้อย่างเหมาะสมโดย - การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต จาก - ระบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง หรือการบันทึกเหตุการณ์ของหน่วยงานที่มีอยู่แล้ว - ประสบการณ์ของบุคคล อาจจากการสัมภาษณ์รายบุคคล หรือการระดมสมองในกลุ่ม - เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น เช่น จากวารสารวิชาการ ข่าวสารหนังสือพิมพ์ internet ฯลฯ - สำรวจสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว ปฏิสัมพันธ์ - เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน มีเป้าหมายเพื่อบริหารจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จนสามารถควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญ คือ เพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต โดยมีวิธีการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 4.1 รายงานอุบัติการณ์ (Incident report) : เป็นวิธีการใช้บ่อยที่มีประสิทธิภาพเพียง 5 – 30 % - เป็นการระบุเหตุการณ์ของทั้งหมด ซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ผู้ป่วยตามปกติ - เป็นการระบุปัญหา และผลที่ตามมา - ไม่แทรกความคิดเห็น - ไม่ได้เป็นการตำหนิหรือกล่าวโทษเพื่อนร่วมงาน - ไม่ได้เป็นการยอมรับว่าละเลย - นำไปสู่การตั้งคำถามต่อวิธีปฏิบัติที่ตั้งใจ 4.2 การคัดกรองเพื่อค้นหาอุบัติการณ์		

อ้างอิง	เอกสารเลขที่ SK-PHA-QP-001 เรื่อง การบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
ฉบับที่ 1 : แก้ไขครั้งที่ 4	วันที่บังคับใช้	หน้า 9 จาก 9

ช่องทางรายงานความเสี่ยง

โปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System on Cloud: HRMS on Cloud)

