

โปรแกรมบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Hospital Occurrence Incident Report System)

1. ผู้ใช้งานสามารถเข้าใช้โปรแกรมบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผ่านหน้า Intranet ของโรงพยาบาล <http://srth-intranet> โดยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ Internet (ที่ใช้สาย LAN) และ ผ่านคอมพิวเตอร์ระบบงาน HOMC
ระบบอินเทอร์เน็ต เข้าผ่าน URL: <http://192.168.10.6/risk/>
ระบบงาน HOMC เข้าผ่าน URL: <http://192.168.20.6/risk/>



ประกาศ

ระบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง อยู่ในระหว่างทดลองใช้งาน หากพบปัญหาหรือความผิดพลาดในการใช้งาน กรุณาแจ้งกลับ งานศูนย์คอมพิวเตอร์ โทร 2019 ในวันและเวลาราชการ

LOGIN

Username:

Password:

LogOn

2. ทำการใส่ Username และ Password เพื่อเข้าใช้ระบบจัดการความเสี่ยงตามที่ได้รับ สำหรับหอผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมบันทึกเหตุการณ์มาแล้ว สามารถเข้าใช้ด้วย Username และ Password เดียวกัน
3. หน้าจอหลักเมื่อเข้าสู่ระบบ จะมีโปรแกรมให้เลือกตามเอกสาร HOIR โดยการคลิกเลือกโปรแกรมที่ต้องการ



สวัสดิคุณ ipd051 แก้ไขข้อมูลส่วนตัว | ออกจากระบบ

[::>บันทึกข้อมูลความเสี่ยง](#) [::>ตรวจสอบ/แก้ไขรายงานความเสี่ยง](#) [::>รายงานสรุป](#)

โปรแกรมที่ 1 กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย	โปรแกรมที่ 2 สิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมวิชาชีพ
โปรแกรมที่ 3 ด้านการติดเชื้อ	โปรแกรมที่ 4 ด้านยา
โปรแกรมที่ 5 อาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อม/ความปลอดภัย	โปรแกรมที่ 6 เครื่องมือ
โปรแกรมที่ 7 เรื่องราวร้องทุกข์	Specific Clinical Risk ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะสาขา/โรค

4. หน้าจอรายละเอียดการบันทึกรายการความเสี่ยง โดยการเลือกข้อมูลและบันทึกข้อมูลตามรายละเอียดของหน้าจอ

หน่วยงาน / บริเวณที่เกิดเหตุ : ศูนย์คอมพิวเตอร์

วันที่ : 2555-02-07

เวลาที่เกิดเหตุ :

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับ : ผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่

ประเภทความเสี่ยง : Clinical Non Clinical Specific Clinical

โปรแกรม2 สิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมวิชาชีพ

กรุณาเลือก

สรุปเหตุการณ์ที่พบ (สถานการณ์/อาการก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์/สัญญาณชีพผู้ป่วย)

กิจกรรมที่กระทำ / การดูแล / การแก้ไขปัญหา / ผลการแก้ไขระยะแรก

กรุณาเลือกประเภทระดับการประเมิน

การประเมินระดับความรุนแรงทางคลินิก

กรุณาเลือก

การประเมินระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป

กรุณาเลือก

Submit

5. ในส่วนของการเลือกประเภทระดับการประเมิน นั้น จะต้องทำการเลือกประเภทการประเมินระดับความรุนแรงทางคลินิกเสียก่อน โดยระบบจะบังคับให้เลือกได้อย่างใดอย่างหนึ่ง

กรุณาเลือกประเภทระดับการประเมิน

การประเมินระดับความรุนแรงทางคลินิก

กรุณาเลือก

การประเมินระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป

กรุณาเลือก

6. เมื่อมีการบันทึกข้อมูลแล้ว ผู้บันทึกข้อมูลสามารถตรวจสอบ แก้ไข หรือลบ รายการที่บันทึกไปแล้วได้จากเมนู [::>ตรวจสอบ/แก้ไขรายงานความเสี่ยง](#)

วันที่	เกิดขึ้นกับ	โปรแกรม	เหตุการณ์	แก้ไข	ลบ	ยืนยัน
03/11/2554	ผู้ป่วย/ญาติ	โปรแกรม 1 กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย	การผ่าตัด/วิสัญญี : ดัดอวัยวะออกโดยไม่เฝ้าวางแผน	-	-	✓
07/02/2555	เจ้าหน้าที่	โปรแกรม 1 กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย	การประสานงานและติดต่อสื่อสาร เวชระเบียน/OPD Card: ผิด /ไม่บันทึก /ค้นประวัติผู้ป่วยไม่พบ	✎	✗	ℹ







หมายถึง ได้รับการยืนยันและตรวจสอบจาก TQM แล้ว



หมายถึง รอการยืนยันและตรวจสอบ ซึ่งหากยังไม่ตรวจสอบ ยังสามารถแก้ไขหรือลบรายการที่บันทึกนี้ได้


7. สำหรับเมนูสุดท้าย รายงาน จะเป็นรายงานสรุป ซึ่งจะปรากฏข้อมูลในส่วนนี้ก็ต่อเมื่อทาง TQM ตรวจสอบข้อมูล และมีการยืนยันรายการแล้วเท่านั้น โดยรายงานที่สร้างไว้แล้วนั้น มีดังนี้

	รายงานสรุปแยกตามประเภทความเสี่ยง
	รายงานสรุปแยกตามประเภทโปรแกรม
	รายงานสรุปแยกตามการประเมินความรุนแรงทางคลินิก
	รายงานสรุปแยกตามการประเมินความเสี่ยงทั่วไป

การเรียกดูข้อมูล จะเรียกดูข้อมูลโดยใส่ข้อมูลตามเงื่อนไข

รายงานสรุปแยกตามประเภทความเสี่ยง

วันที่เริ่มต้น : 

วันที่สิ้นสุด : 

[แสดงรายการ](#)

ประเภทความเสี่ยง	จำนวน
Clinic	13
Non-Clinic	16
Specific Clinical	7
รวม	36

รายงานสรุปแยกตามประเภทของโปรแกรม

วันที่เริ่มต้น : 

วันที่สิ้นสุด : 

โปรแกรม : 

[แสดงรายการ](#)

หัวข้อ	จำนวน
การผ่าตัด/วิสัญญี : สำรองเลือดไม่เพียงพอ	13
การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไม่เหมาะสม	16
การคลอด : ประเมินภาวะ fetal distress สำร้ำ	7
รวม	36