

ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ

วันที่เสนอ..... 12.50.62

คณะกรรมการ/หน่วยงาน..... สังกศ.

เรื่อง ๑. การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ๒. การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ
๓. การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) ระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual)
 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) เอกสารสนับสนุน (Support Document)
 แบบฟอร์ม (Form)

เอกสารคุณภาพเรื่อง..... แนว มีหลักเกณฑ์กำหนด ทางทศ ๑๐๐๑ 1 ภาคไป

รหัสเอกสารคุณภาพ..... FR - PQMS - 015-2

เหตุผลการจัดทำ..... ปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์ม ให้ถูกต้อง, 12/10/62

กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ให้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย
 กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ให้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ..... [Signature] ผู้เสนอขอ
ตำแหน่ง..... พชช. ๒๐๑๖ ๒๓๗๗

ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ

เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ
 ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ
เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... [Signature] ผู้ตรวจสอบ
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ส่วนที่ ๓ ผู้อนุมัติ

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ
เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ..... [Signature] ผู้อนุมัติ
ตำแหน่ง.....
วันที่..... 26/12/62

(หัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรศ.)

หมายเหตุ : ๑) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ ส่วนที่ ๓ อนุมัติโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒) วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๓ อนุมัติโดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรศ.
๓) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ คือ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรศ.
๔) วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ คือ ประธานทีมระบบ/ประธานทีม PCT/ประธานทีม service Plan/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน
๕) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ /วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ คือ ประธานทีมระบบ/ประธานทีม PCT/ ประธานทีม service Plan/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน

แบบบันทึกทางการพยาบาลทารกหลังคลอดแรกรับ	
ข้อมูลทางการพยาบาล	กิจกรรมและการประเมินผล
วันที่.....	ประเมินสภาพแรกรับ
เวลา.....	activity <input type="checkbox"/> active <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
รับย้ายจาก <input type="checkbox"/> ห้องคลอด	สีผิว <input type="checkbox"/> ชมพู <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	สะดือ <input type="checkbox"/> ไม่มี bleeding <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
	ความผิดปกติทั่วไป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
	ตรวจสอบปลายข้อมือ <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
สัญญาณชีพแรกรับ	T C RR /min ลักษณะการหายใจระบุ.....
	O2 sat % HR / min
คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อ Sepsis ด้านมารดา	GA < 35 wks <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ ระหว่างรอกคลอดมารดา > 38 C <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	PROM > 24 ชม. <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	A S ลูก < 6 คะแนน ที่ 5 นาที <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	มี chorioamnionitis <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ (ใช้ > 38 C ร่วมกับ leukocytosis น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น)
คัดกรองอาการของทารกติดเชื้อ	Hypothermia <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> Respiratory distress <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	O2 set , < 95 % <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ มี Grunting <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	apnea <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ cyanosis <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ jaundice <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	jaundice <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ Hypoglycemia <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	poor feeding <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ petechiae <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	<input type="checkbox"/> keepwarm โดยการห่อตัว นำส่งมารดาจัดทำให้มารดาโอบกอด
	<input type="checkbox"/> แนะนำมารดา/ญาติการป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ
	เช่นไม่วางเด็กในที่ลมพัดผ่าน ห่อตัวให้มิดชิด เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกชื้น
การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	<input type="checkbox"/> ให้ดูคนนมมารดาทันทีแรกรับ ดูคี <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ อื่น ระบุ
	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดูคนนมมารดาทันที สาเหตุ
	<input type="checkbox"/> กระตุ้นให้ดูคนนมมารดาบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/> เสริม cup feeding ทุก 3 ชม.
	<input type="checkbox"/> แนะนำมารดา/ญาติสังเกตอาการผิดปกติเช่น ซึม ดูคนมได้น้อย เป็นต้น
การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/> แนะนำมารดา/ญาติ ดูแลความสะอาดร่างกาย ตา สะดือ
	<input type="checkbox"/> แนะนำมารดา ญาติล้างมือก่อนจับตัวทารก
	<input type="checkbox"/> วัดอุณหภูมิร่างกายเข้า-เย็น (กรณี tem 36.8-37.5 C)
	<input type="checkbox"/> แนะนำมารดา/ญาติสังเกตอาการผิดปกติเช่น ซึม ดูคนมได้น้อย เป็นต้น
การป้องกันทารกถูกกลักรั้ว	<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลการเฝ้าระวังแก่มารดาและญาติ
	<input type="checkbox"/> สังเกตคนแปลกหน้าไม่ให้คนแปลกหน้าเข้าห้อง
	<input type="checkbox"/> ไม่ทิ้งทารกไว้ตามลำพัง (ให้นำมาฝากเจ้าหน้าที่)
การให้ข้อมูลทั่วไป	<input type="checkbox"/> แนะนำมารดา ญาติ สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะจะปัสสาวะใน 48 ชั่วโมง
	<input type="checkbox"/> แนะนำมารดา ญาติ สังเกตการขับถ่ายอุจจาระ จะอุจจาระใน 24 ชั่วโมง
	<input type="checkbox"/> แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ การหายใจ ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเขียว
	ลงชื่อ.....ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ
ห้ามนำทารกออกจากหอผู้ป่วย จนกว่าจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน	
ลงชื่อผู้รับทราบข้อมูลเกี่ยวข้องกับทารก.....วันที่.....	
ชื่อ <input type="radio"/> ดช. <input type="radio"/> ดญ.สกุล..... อายุ.....วัน AN..... HN.....	
Ward <input type="radio"/> สูติรีเวชกรรม <input type="radio"/> สามัญ <input type="radio"/> พิเศษ <input type="radio"/> เติง.....	