



โรงพยาบาลฟาқта

ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง

การจัดการความเสี่ยง


กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์

เอกสารเลขที่ SOP-LAB-003-05

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางสาวธมลวรรณ บุญรักษา		3 กุมภาพันธ์ 2563
ผู้ทบทวน	นางสาวธมลวรรณ บุญรักษา		3 กุมภาพันธ์ 2563
ผู้อนุมัติ	แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีชิน		3 กุมภาพันธ์ 2563

บันทึกการประกาศใช้ / ทบทวนปรับปรุงเอกสาร

การปรับปรุงครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดการประกาศใช้ / ปรับปรุงเอกสาร
0	1 เมษายน 2551	ประกาศใช้
1	1 เมษายน 2552	เปลี่ยนรหัสเอกสารคุณภาพ จาก 05 เป็น LAB
2	1 ตุลาคม 2556	เปลี่ยนชื่อเป็นกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
3	1 ตุลาคม 2559	เพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยงจากโปรแกรมความเสี่ยงออนไลน์บนเว็บไซต์โรงพยาบาลฟาқта
4	1 ตุลาคม 2561	- หัวกระดาษ เพิ่มตราสัญลักษณ์โรงพยาบาล - เปลี่ยนรหัสเอกสาร จาก QP-LAB-003 เป็น SOP-LAB-003-00
5	3 กุมภาพันธ์ 2563	- 1/7 เพิ่มระบุความหมายของสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด - เปลี่ยนแปลง ระเบียบการแก้ไขเบื้องต้น การติดตามข้อมูลอุบัติการณ์ ไปวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis-RCA)

	โรงพยาบาลฟักท่า Faktha Hospital	ฉบับที่ : A(๓) แก้ไขครั้งที่ 5
		หน้าที่ 1/7 จากจำนวน 7 หน้า
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-LAB-003-0๕		วันที่ประกาศใช้ : 3 กุมภาพันธ์ 2563
เรื่อง : การจัดการความเสี่ยง		วันที่แก้ไข : 3 กุมภาพันธ์ 2563
ทีม/งาน : กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์		ทีม/งานที่เกี่ยวข้อง : ทีมบริหารความเสี่ยง

การจัดการความเสี่ยง

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการควบคุมและแก้ไขสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดจะได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้บุคลากรทุกระดับ ใช้เป็นแนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และสามารถจัดเก็บ รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง หาแนวโน้มและประเด็น สำคัญเพื่อใช้ในการจัดทำนโยบายและวางแผนทางป้องกันแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขอบข่าย

ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ

3. คำจำกัดความ

- 3.1 ความเสี่ยง (Risk) คือ โอกาสที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อน โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ หรือ สิ่งไม่พึงประสงค์
- 3.2 อุบัติการณ์ (Incident) คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย,จิตใจ,ชื่อเสียง,ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ คำร้องเรียนหรือการฟ้องร้อง
- 3.3 สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ หมายถึง
 - 3.3.1 การปฏิบัติงานของบุคลากร หรือ ข้อบกพร่อง ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่กำหนดขึ้นในระบบคุณภาพ หรือไม่เป็นไปตามข้อตกลงกับผู้ใช้บริการ และเหตุการณ์อื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพ
 - 3.3.2 เครื่องมือทดสอบชำรุด หรือเครื่องมือ Calibrate ไม่ผ่าน
 - 3.3.3 สภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการทดสอบ หรือ ออกนอกเกณฑ์ควบคุม
 - 3.3.4 ผลการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) และผลการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ
 - 3.3.5 การบริการที่ไม่เป็นตามข้อกำหนดหรือข้อร้องเรียนจากผู้ให้บริการ
 - 3.3.6 ผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ได้แก่ น้ำยา, สารเคมี, อุปกรณ์ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ หรือตรวจรับไม่ผ่านตามเกณฑ์การตรวจรับ
- 3.4 Near Miss อุบัติการณ์เชิงรุก คือ เกิดความคลาดเคลื่อน ยังไม่ถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่
- 3.5 Miss อุบัติการณ์ คือ เกิดความคลาดเคลื่อนและผลส่งถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่

4. เอกสารที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) : ระเบียบปฏิบัติระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลฟักท่า

5. เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ (ถ้ามี) : โปรแกรมระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลฟากท่า
<http://113.53.236.21/faktharm/frontend/web/index.php>

6. วิธีปฏิบัติ / แนวทางปฏิบัติ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

6.1 การค้นหาความเสี่ยง

6.1.1 การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ (เกิดเหตุการณ์ก่อนแล้วจึงรับรู้)

1. การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
2. ใบแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ

6.1.2 การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก (ค้นหาก่อนได้รับรายงาน)

1. ทะเบียนความเสี่ยงหน่วยงาน (Risk profile)
2. การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน (RM round)

6.2 การรายงานความเสี่ยง

เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงหรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการดำเนินการ
ดังนี้

6.2.1 กรณีที่ทางแผนกไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ให้ดำเนินการดังนี้

- หัวหน้าห้องปฏิบัติการรายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที เพื่อหาแนวทางแก้ไขโดยอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงทุกกรณี บันทึกในโปรแกรมระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลฟากท่า หรือ ใบรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์

6.2.1 กรณีถ้าสามารถแก้ไขปัญหาได้ ให้รายงานหัวหน้าห้องปฏิบัติการพิจารณาความรุนแรงและดำเนินการแก้ไขปัญหา

6.2.3 ลงอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง ในโปรแกรมระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลฟากท่า หรือ ลงในใบรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์

6.2.4 ห้องปฏิบัติการสรุปความเสี่ยงจากโปรแกรมระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลฟากท่า ทุกสิ้นเดือน

6.2.5 ห้องปฏิบัติการ นำผลการวิเคราะห์หาสาเหตุและมาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ทำกิจกรรมทบทวน ในที่ประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานทุกเดือน เพื่อพิจารณาแนวทางที่เหมาะสมต่อไป และดำเนินการเก็บเป็น Risk Profile เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อไป

6.2.6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ดำเนินการติดตามเฝ้าระวังมาตรการป้องกันของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ภายในระยะเวลา 3 เดือน ถ้าไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ดำเนินการปิดประเด็นของการเกิดอุบัติการณ์

6.2.7 ทำการทบทวนการบริหารความเสี่ยง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อพัฒนาให้ระบบดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการทำทบทวนกิจกรรม หรืออุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น บ่งชี้ถึงปัญหา หรือผลที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการคุณภาพของการปฏิบัติงาน และนำเสนอแนวทางวิธีการแก้ไข ปรับปรุง โอกาสพัฒนา กำหนดผู้รับผิดชอบต่อไป

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-LAB-003-05	หน้า : 3/7
เรื่อง : การจัดการความเสี่ยง	

6.3 การประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงพิจารณาจากระดับความรุนแรง ตามบริบทของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพากท่า ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinic) : เกณฑ์การแบ่งความรุนแรง ระดับ A-I (รุนแรงน้อยไปมาก)

ระดับ	ความหมาย	ระยะเวลาการ ทบทวน
A	เกิดความคลาดเคลื่อนในหน่วยงาน “ดักจับได้” ไม่ถึงผู้รับบริการ	1 เดือน
B	เกิดความคลาดเคลื่อนและตรวจพบโดยหน่วยงานอื่น แต่ไม่ถึงผู้รับบริการ	1 เดือน
C	เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานแต่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย	1 เดือน
D	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้ต้องมีการดูแลหรือเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย	1 สัปดาห์
E	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว ต้องมีการบำบัดรักษา	1 สัปดาห์
F	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดอันตราย ต้องรับไว้ในหอ โรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	1 สัปดาห์
G	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร/พิการ	1 สัปดาห์
H	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้อันตรายเกือบถึงชีวิต ต้อง ทำการช่วยเหลือ เช่น CPR	1 สัปดาห์
I	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้เสียชีวิต	24 ชั่วโมง

2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non clinic)

ระดับ	ระบบการให้บริการ	ทรัพย์สิน	ระบบงาน/ เครื่องมือ	ชื่อเสียง	ระยะเวลาการทบทวน
1	ผลกระทบต่อระบบบริการ	ตรวจพบก่อนได้รับ ความเสียหายเสียหาย มูลค่าน้อยกว่า 5,000 บาท	ตรวจพบก่อนได้รับ ความเสียหาย	ตรวจพบก่อนได้รับ ความเสียหาย	1 เดือน
2	ผลกระทบต่อทรัพย์สิน	เสียหายมูลค่า 5,000-10,000 บาท	แก้ไขแล้วได้ผลน่าพึงพอใจ ,ซ่อมแล้วใช้งานได้ปกติ	ไม่พึงพอใจ แต่อธิบายให้เข้าใจหน้างานได้	1 เดือน
3	ผลกระทบต่อ Turn around time	เสียหายมูลค่ามูลค่า 10,000 – 50,000 บาท	ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานอื่น ,ซ่อมใช้ได้ชั่วคราวแต่ต้องจัดหาซื้อใหม่ทดแทน	เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาลต้องอาศัยทีมใกล้เคียง	1 สัปดาห์
4	ผลกระทบต่อความปลอดภัย	มูลค่ามากกว่า 50,000 บาท	มีผลกระทบต่อชุมชนหรือระดับโรงพยาบาล ,เสียหายไม่สามารถซ่อมแซมได้	เกิดข้อร้องเรียนในชุมชน เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง	24 ชั่วโมง

6.4 การวิเคราะห์ความเสี่ยง

การจัดทำ Risk Matrix เป็นแนวทางที่ช่วยให้เราจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหาและทำให้ทราบว่าอะไรที่เป็นความเสี่ยงสำคัญ ที่เรียงลำดับความสำคัญรวมทั้งเป็นการช่วยให้สามารถกำหนดวิธีการป้องกัน / การแก้ไขได้ตรงประเด็นของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินการจึงขอกำหนดแนวทางดังนี้

1) การกำหนดความรุนแรงของอุบัติการณ์

ระดับความรุนแรง		ระดับคะแนน	ความหมาย
ทางคลินิก (Clinic)	ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic)		
ระดับ A , B	ระดับ 1	1	ไม่มีความรุนแรง
ระดับ C , D	ระดับ 2	2	ความรุนแรงน้อย
ระดับ E , F	ระดับ 3	3	ความรุนแรงปานกลาง
ระดับ G , H , I	ระดับ 4	4	ความรุนแรงมาก

2) การกำหนดโอกาสของอุบัติการณ์

โอกาส	ระดับคะแนน	เกณฑ์การเปรียบเทียบ
โอกาสน้อยมาก	1	พบ 1 ปี / ครั้ง
โอกาสน้อย	2	พบ 6 เดือน / ครั้ง





โอกาสปานกลาง	3	พบ 2-5 เดือน / ครั้ง
โอกาสมาก	4	พบทุกวันสัปดาห์/ทุกเดือน


3) ตาราง Risk Matrix ของโรงพยาบาลฟากท่า ใช้ตาราง 2x2 ดังนี้

Risk Assessment Matrix			ความถี่				
ผลกระทบและความรุนแรง	Clinic	Non clinic	ความรุนแรง	1 = ความถี่ น้อยมาก	2 = ความถี่ น้อย	3 = ความถี่ ปานกลาง	4 = ความถี่ มาก
	A, B	1	1 = ไม่มี ความรุนแรง	1	2	3	4
	C, D	2	2 = ความรุนแรงน้อย	2	4	6	8
	E, F	3	3 = ความรุนแรงปานกลาง	3	6	9	12
	G,H,I	4	4 = ความรุนแรงมาก	8	8	12	16

หมายเหตุ ตัวเลขในกล่องสี หมายถึง ระดับความเสี่ยง

4) ตารางการดำเนินการแก้ไข Risk Matrix

สี	คะแนน	ระดับความเสี่ยง	การดำเนินการ
	1-2 คะแนน	ความเสี่ยงน้อย	เป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ โดยไม่ต้องมีการควบคุมความเสี่ยง ไม่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม และให้แจ้งการควบคุมกำกับในโปรแกรมภายใน 1 เดือน
	3-4 คะแนน	ความเสี่ยงปานกลาง	เป็นระดับความเสี่ยงที่พอยอมรับได้ แต่ต้องมีการควบคุมเพื่อป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงเคลื่อนย้ายไปยังระดับที่ยอมรับไม่ได้ และให้แจ้งการควบคุมกำกับในโปรแกรมภายใน 3 สัปดาห์
	6-9 คะแนน	ความเสี่ยงสูง	เป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต่อไป โดยทำการตามรอยวิเคราะห์ เพื่อหา RCA และแจ้งแนวทางแก้ไขปรับปรุงในโปรแกรมภายใน 2 สัปดาห์
	12-16 คะแนน	ความเสี่ยงสูงมาก	เป็นระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นต้องเร่งจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ทันที โดยทำการตามรอยวิเคราะห์ เพื่อหา RCA และแจ้งแนวทางแก้ไขปรับปรุงในโปรแกรมภายใน 1 สัปดาห์

หมายเหตุ ความรุนแรง/ผลกระทบ 6-9 คะแนน (ระดับความเสี่ยงสี ) หรือ กระทบต่อระบบ 2 ระบบขึ้นไป ให้ดำเนินการนำไปวิเคราะห์หาความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (RCA) เพื่อหาทางป้องกันต่อไป

6.5 การจัดการความเสี่ยง

ผู้พบอุบัติการณ์และผู้ร่วมพบเห็นเหตุการณ์ทำการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นหรือในกรณีที่เกิดความสามารถให้แจ้งต่อหัวหน้าหน่วยหรือผู้รับผิดชอบระดับเหนือกว่าเพื่อทำการแก้ไขปัญหาตามขั้นตอน หลังจากแก้ไขเบื้องต้นจนเสร็จสิ้นแล้ว ให้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยงหรือแบบฟอร์มรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ (กรณีนอกเวลาราชการให้รายงานต่อหัวหน้าเวรและให้หัวหน้าหน่วยรับทราบในวันถัดไป) หน่วยงานหรือทีมที่เกี่ยวข้องร่วมทำการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ตามระยะเวลาที่

กำหนดตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์นั้นๆ และส่งผลการทบทวนให้ทีมบริหารความเสี่ยง 1 ชุด เพื่อติดตามประเมินผลการแก้ไขป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดซ้ำ

7. ภาคผนวก

อุบัติการณ์/ความเสี่ยง	แก้ไขเบื้องต้น	ปฏิบัติการแก้ไข	ปฏิบัติการป้องกัน
Pre analysis			
เจ้าหน้าที่ให้บริการไม่ดี ไม่ยิ้มแย้ม พูดไม่เพราะ	แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ และตักเตือน	- อบรม พฤติกรรมการบริการ ให้เห็นถึงความสำคัญ	- กำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคล
- ติดชื่อคนไข้ผิดหรือสลับคน - เจาะเลือดผิดคน	แจ้งคนไข้ขอเจาะเลือดใหม่	- เน้นย้ำการปฏิบัติงานให้ปฏิบัติด้วยความละเอียดรอบคอบ - สอบถาม ชื่อ-สกุลคนไข้ก่อนทำการเจาะเลือด ห้ามถามนำ	- จัดหาตะกร้าใส่ใบสั่งตรวจ กับภาชนะใส่เลือด 1 คน/1 ตะกร้า
การไม่แนะนำการเก็บสิ่งส่งตรวจ ที่ถูกวิธีให้กับตัวคนไข้หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	แจ้งให้เจ้าหน้าที่แนะนำการเก็บสิ่งส่งตรวจให้ที่ถูกวิธีให้กับทุกคนที่มาใช้บริการ	- เน้นย้ำให้ปฏิบัติงานปฏิบัติด้วยความละเอียดรอบคอบ ให้แนะนำวิธีการเก็บทุกราย	- จัดทำข้อตกลงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนแนะนำการเก็บสิ่งส่งตรวจทุกราย
คนไข้เป็นลมขณะเจาะเลือด	ผู้ให้บริการหยุดการทำหัตถการทันที กดกริ่งสัญญาณฉุกเฉิน เรียก ER Express Team	- แก้อีทีใช้เจาะเลือด ต้องไม่มีล้อ มีพนักพิง มีที่ปักแขน - มีชุดปฐมพยาบาลประจำที่หน่วยงาน ประกอบด้วย แอมโมเนีย สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	- พุดคุย ชักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล ชักถามอาการผู้ป่วยก่อนการเจาะเลือดทุกครั้ง - สังเกตว่าผู้ป่วยเป็นกังวลมากหน้าซีดหรือมีเย็นให้ไปนอนเจาะที่ห้องฉุกเฉิน
เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ชำรุด / ไม่พร้อมใช้งาน	- แจ้งแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบถึงความล่าช้าในการออกผล - ดำเนินการซ่อมแซม แก้ไขการชำรุดเบื้องต้น	- จัดทำแผนสำรองกรณีเครื่องชำรุด / ไม่พร้อมใช้งาน	- จัดทำระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
วัสดุ / อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน	ทำการขอยืมวัสดุ หรือน้ำยาที่หมดจากเจ้า คลังพัสดุก่อนค่อยทำการส่งใบเบิกใช้ทีหลัง	- กำหนดให้เจ้าหน้าที่พัสดุทำการตรวจคงคลัง, คลังย่อย, จุดปฏิบัติงานทุกสิ้นเดือน	- กำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคล

อุบัติการณ์/ความเสี่ยง	แก้ไขเบื้องต้น	ปฏิบัติการแก้ไข	ปฏิบัติการป้องกัน
Analysis			
ตรวจวิเคราะห์สไลด์คน	แจ้งหน่วยงานทราบ และ ทำการตรวจวิเคราะห์ ใหม่	เน้นย้ำการปฏิบัติงาน ให้ ปฏิบัติด้วยความละเอียด รอบคอบ	จัดซื้อ Centrifuge tube แบบแก้ว เพื่อ ติดบาร์โค้ดชัดเจน แผนการเขียน
Post analysis			
รายงานผลผิดพลาด	แก้ไขผลการตรวจให้ ถูกต้องและรายงานผลที่ ถูกต้องต่อแพทย์ทันที	เน้นย้ำการปฏิบัติงาน ให้ ปฏิบัติด้วยความละเอียด รอบคอบ ตามระเบียบ ปฏิบัติเรื่อง การรายงาน ผลการวิเคราะห์ และการ เปลี่ยนแปลงแก้ไข รายงานผล SOP-LAB- 005	จัดเวรสำหรับผู้ที่ทำ หน้าที่ Approve ผลให้ ชัดเจน
รายงานผลตรวจ วิเคราะห์ไม่ครบถ้วนตาม คำสั่งแพทย์	-กรณีที่ยังไม่ได้ทำการ ทดสอบรายการที่ไม่ครบ ให้ทำการทดสอบทันที และรายงานผลเมื่อผล การทดสอบออกแล้ว -กรณีที่มีการทำการ ทดสอบไว้แล้ว แต่ รายงานไม่ครบ ให้ทำการ รายงานแพทย์ทันที	เน้นย้ำให้มีการตรวจสอบ ผลก่อนออกรายงานผล ตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง การรายงานผลการ วิเคราะห์ และการ เปลี่ยนแปลงแก้ไข รายงานผล QP-LAB- 005	จัดทำตะกร้าใส่ใบสั่ง ตรวจ เพื่อให้ นักเทคนิค การแพทย์ตรวจสอบ เทียบกับในระบบ คอมพิวเตอร์ก่อนรายงาน ทุกครั้ง
รายงานผลล่าช้ากว่า กำหนด	- กรณีเครื่องมือชำรุด ให้ ดำเนินการซ่อมให้แล้ว เสร็จ และรายงานผล ทันทีเมื่อผลการวิเคราะห์ เสร็จ - กรณีไม่สามารถซ่อมได้ ให้ปฏิบัติตามแผนรองรับ กรณีเครื่องมือหลักชำรุด	เน้นย้ำให้ผู้ปฏิบัติ ตรวจสอบความพร้อมใช้ และบำรุงรักษาเครื่องมือ เป็นประจำตามความถี่ที่ กำหนด	บำรุงรักษาเครื่องมือเป็น ประจำตามความถี่ที่ กำหนด