

แบบรายงานการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่

หัวข้อ.....

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดตั้งและประเมินตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัว (๓S) จำนวนทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค

๒. การประเมินทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการแล้วเพื่อพัฒนาให้เป็นคลินิกหมอครอบครัวเต็มรูปแบบจนสามารถเป็นตัวอย่างได้

๓. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

- แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ฯ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน
- แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แผนการพัฒนาสหวิชาชีพ

๔. การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

๒. สถานการณ์

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ จำนวนที่เปิดทีม (ข้อมูลการขึ้นทะเบียน PCC) สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ ผลการจัดตั้งคลินิกหออกรับ ปี ๒๕๖๒

๑. จำนวนคลินิกหออกรับทั้งหมด (ตามแผน ปี ๒๕๖๒)จำนวน

๑.๑ ทีมคลินิกหออกรับที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหออกรับและเปิดดำเนินการแล้วจำนวน (รอบบันทึกในระบบลงทะเบียน) คิดเป็นร้อยละ.....ของแผนการจัดตั้งคลินิกหออกรับ ปี ๒๕๖๒

๑.๒ ทีมคลินิกหออกรับซึ่งกำลังดำเนินการตามแผนการจัดตั้งคลินิกหออกรับปี ๒๕๖๒ (ระบุ วัน / เดือน / ที่เปิด)

ทีมคลินิกหออกรับ	ผ่านเกณฑ์			แผนการเปิด ระบุวัน / เดือน /ปีที่เปิดดำเนินการ
	Structure	Staff	System	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหออกรับ (๓S)

๒. ผลการดำเนินงานประเมินการจัดตั้งคลินิกหออกรับ ไม่ผ่าน

ลำดับ	ชื่อทีมคลินิกหออกรับ	แนวทางการพัฒนา
ก	คลินิกหออกรับที่เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑	
ข	คลินิกหออกรับที่จะเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๖๒	

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

STRUCTURE ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในโรงพยาบาล รพศ. รพท. รพช.
 ใน รพ.สต. / สอน. อื่นๆ

STAFF

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ปฏิบัติงาน ๓ วัน/สัปดาห์

๒. พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน

๓. นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒ คน

SYSTEM

๔. มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน +/- ๒,๐๐๐ คน และตามบริบทของพื้นที่

๕. มีรูปแบบการจัดการบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

๖. ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี Application/LINE หรือ โทรศัพท์/ SMS

๗. ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

๘. การจัดการบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน

๙. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดการบริการ

๑๐. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

แบบรายงานการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่.....

หัวข้อ.....

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดตั้งและประเมินตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัว (๓S) จำนวนทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค

๒. การประเมินทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการแล้วเพื่อพัฒนาให้เป็นคลินิกหมอครอบครัวเต็มรูปแบบจนสามารถเป็นตัวอย่างได้

๓. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

- แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ฯ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน
- แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แผนการพัฒนาสหวิชาชีพ

๔. การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

๒. สถานการณ์

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จำนวน.....ทีม สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

จังหวัด	เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๑. จำนวนทีมคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมดของเขตสุขภาพ (ตามแผน ปี ๖๒)จำนวน

๓.๒ แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒

จังหวัด	แผนดำเนินการ ปี ๒๕๖๒ (ทีม)				ระบุชื่อที่ไม่ผ่าน
	แผน ปี ๒๕๖๒	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่าน	รอเปิด	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

๓.๓ แบบสรุปปัญหา/อุปสรรค ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

.....

.....

.....

.....

๓.๔ จำนวนสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตสุขภาพ

ก. จำนวนสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตสุขภาพ

- ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษา จำนวน.....แห่ง ศักยภาพการผลิต.....ตำแหน่ง

- หลักสูตร Formal training จำนวน.....แห่ง ศักยภาพการผลิต.....ตำแหน่ง

- หลักสูตร In-service training จำนวน.....แห่ง ศักยภาพการผลิต.....ตำแหน่ง

- มีผู้เข้าอบรมในโครงการอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (Short course training) รวม.....คน

- แพทย์เข้าเรียนแพทย์ประจำบ้านสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๑ จำนวน.....คน

๓.๕ การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ และการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์หลัก	ผลการประเมินศูนย์เรียนรู้ (คะแนน)			
	1	2	3	4
คณะกรรมการ	มี	มี	มี	มี
จุดปฏิบัติการและรูปแบบการบริหารจัดการ				
กิจกรรม				
ผลลัพธ์				

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

.....

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

STRUCTURE ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในโรงพยาบาล รพศ. รพท. รพช.
 ใน รพ.สต. / สอน. อื่นๆ

STAFF

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ปฏิบัติงาน ๓ วัน/สัปดาห์

๒. พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน

๓. นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒ คน

SYSTEM

๔. มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน +/- ๒,๐๐๐ คน และตามบริบทของพื้นที่

๕. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

๖. ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี Application/LINE หรือ โทรศัพท์/ SMS
๗. ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
๘. การจัดการบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
๙. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดการบริการ
๑๐. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

1.2 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จะเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

1.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

(เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)

1.2 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

(เป้าหมาย $\geq 1.3 : 100$)

อำเภอ	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
อำเภอ ...				
อำเภอ ...				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

อำเภอ	จำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
อำเภอ ...				
อำเภอ ...				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

2. ประเด็นการตรวจราชการ

2.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

2.2 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จะเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

1.3 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

(เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)

1.4 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

(เป้าหมาย $\geq 1.3 : 100$)

จังหวัด	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
จังหวัด ...				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

จังหวัด	จำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
จังหวัด ...				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาโรคไต

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

3. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr (เป้าหมาย: ≥66%)
- หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย: ≥80%)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 mL/min/1.73m²/yr (เป้าหมาย: ≥66%)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 mL/min/1.73m ² /yr (เป้าหมาย: ≥ 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2562)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง <4 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า (B)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr ≥ 66% (A/B)x100	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				

ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)			
--	--	--	--

(2) หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.

อำเภอ	จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A)	จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (B)	ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A/B)x100	หมายเหตุ
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรอง (A)	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ (B)	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (A/B)x100	หมายเหตุ
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาโรคไต

เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

4. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr (เป้าหมาย: ≥66%)
- หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย: ≥80%)

2. สถานการณ์

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

.....

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 ml/min/1.73m²/yr (เป้าหมาย: ≥66%)

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 ml/min/1.73m ² /yr (เป้าหมาย: ≥ 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2562)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลง <4 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า (B)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr ≥ 66% (A/B)x100	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				

ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)			
--	--	--	--

(2) หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.

จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A)	จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (B)	ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. (A/B)x100	หมายเหตุ
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรอง (A)	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ (B)	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (A/B)x100	หมายเหตุ
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)			
--	--	--	--

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

.....

.....

.....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

จังหวัด			
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)			

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

.....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/ เดือน/ ปี.....

โทร : e-mail : **แบบ ตก. 1**

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7
1.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< ร้อยละ 25
1.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)	< ร้อยละ 5
1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ 50
1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 40
1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time)	≥ ร้อยละ 60

2. สถานการณ์

.....

.....

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I69) (B)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x 100	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ

25)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอ ผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x 100	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด				

(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)			
-----------------------	--	--	--

(3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I63) (E)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (F)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x 100	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง
ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)
(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันระยะ เฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด ดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-10 = I63)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่ม เลือดทางหลอดเลือดดำใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63) (H)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันระยะ เฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด ดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (G/H) x 100	

	(G)			
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 40)

	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 40)			
อำเภอ/ จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-10 = I60-I69) (I)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I69) (J)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (I/J) x 100	หมายเหตุ
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(6) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 60)

	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 60)			
อำเภอ/ จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-10 = I60-I62)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I62) (L)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (K/L) x 100	หมายเหตุ
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

	(K)			
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)

.....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 วัน/ เดือน/ ปี.....
 โทร : e-mail :

แบบ ตก. 2

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7
1.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< ร้อยละ 25
1.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< ร้อยละ 5
1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที(door to needle time)	≥ ร้อยละ 50
1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 40
1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	≥ ร้อยละ 60

2. สถานการณ์

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)

จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (B)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x100	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)

จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอ ผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x 100	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต				

(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)			
-----------------------	--	--	--

(3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)

จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I63) (E)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63) (F)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x100	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง
ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)
(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)

จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันระยะ เฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด ดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วย มาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-10 =I63)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลา เดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63) (H)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลาย ลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (door to needle time) (G/H) x 100	

	(G)			
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 40)

	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit(เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 40)			
จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-10 =I60-I69) (I)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I69) (J)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (I/J) x 100	หมายเหตุ
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(6) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 60)

	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 60)			
จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-10 =I60-I62)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (L)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (K/L) x 100	หมายเหตุ

	(K)			
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)

.....

.....

.....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร: e-mail :

แบบ ตก.1

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาอายุรกรรม

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

5. ประเด็นการตรวจราชการ

- (1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30
- (2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ 90
- (3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ 90
- (4) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ 90
- (5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. \geq ร้อยละ 30
- (6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรัการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30

	รายการข้อมูล	หมายเหตุ
--	--------------	----------

<p>อำเภอ</p>	<p>จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และ ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) (A)</p>	<p>จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น (B)</p>	<p>จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น (C)</p>	<p>จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น palliative (รหัส Z 51.5) (D)</p>	<p>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (A+C) / D × 100</p>	
<p>อำเภอ</p>						
<p>อำเภอ</p>						
<p>อำเภอ</p>						
<p>ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)</p>						

(2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ 90

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $(A/B) \times 100$	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ 90

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. $(A/B) \times 100$	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(4) อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ 90

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมีกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมีกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก $(A/B) \times 100$	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน 3 ชม. \geq ร้อยละ 30

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมีกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (A)	จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อมีกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. $(A/B) \times 100$	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
2. มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในรพ.โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทาง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ

เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1

กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2

ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

.....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature > 38°C or < 36°C

Heart rate > 90 beats/min

Respiratory rate > 20 /min หรือ PaCO₂ < 32 mm Hg

WBC > 12,000 /mm³, < 4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output < 0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี PaO₂/Fio₂ < 250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี PaO₂/Fio₂ < 200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > 2.0 mg/dL (176.8 μmol/L)

Bilirubin > 2 mg/dL (34.2 μmol/L)

Platelet count < 100,000 μL

Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg
3. Respiratory rate ≥ 22/min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ท่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยกกระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี หุดุดูรู้เรื่อง	ซึม แคเรียกแล้วลืม ตาสลึมลือ	ซึ่มมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

ระดับ 1 (Level 1)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

ระดับ 2 (Level 2)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those 'stepping down' from higher levels of care

ระดับ 3 (Level 3)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
< 70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥ 200	+2
Heart rate (beats per minute)	
< 40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥ 130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
< 9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥ 30	+3
Temperature in °C (°F)	
< 35 (<95)	+2

Criteria	Point Value
35–38.4 (95–101.12)	0
≥ 38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

- A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient.

หมายเหตุ:

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาอายุรกรรม

เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

6. ประเด็นการตรวจราชการ

- (1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30
- (2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ 90
- (3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ 90
- (4) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ 90
- (5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. \geq ร้อยละ 30
- (6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30

		รายการข้อมูล				
จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น (B)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น (C)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น palliative (รหัส Z 51.5) (D)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (A+C) / D \times 100	หมายเหตุ
	จังหวัด					

	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ตีขึ้น (B)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ตีขึ้น (C)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ตีขึ้น palliative (รหัส Z 51.5) (D)	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (A+C) / D × 100	
จังหวัด						
จังหวัด						
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)						

(2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ 90

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $(A/B) \times 100$	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ 90

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. $(A/B) \times 100$	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(4) อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ 90

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (A/B) \times 100	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน 3 ชม. \geq ร้อยละ 30

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (A)	จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. (A/B) \times 100	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
2. มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในรพ.โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทาง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
3. เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ

เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1

กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2

ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature > 38°C or < 36°C

Heart rate > 90 beats/min

Respiratory rate > 20 /min หรือ PaCO₂ < 32 mm Hg

WBC > 12,000 /mm³, < 4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output < 0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao₂/Fio₂ < 250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao₂/Fio₂ < 200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > 2.0 mg/dL (176.8 μmol/L)

Bilirubin > 2 mg/dL (34.2 μmol/L)

Platelet count < 100,000 μL

Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg
3. Respiratory rate ≥ 22/min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ท่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกรู้ตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสลับมือ	ซึมนมาก ต้องกระตุ้น จึงจะตื่นมา	ไม่รู้สึกรู้ตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥ 1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

ระดับ 1 (Level 1)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

ระดับ 2 (Level 2)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those 'stepping down' from higher levels of care

ระดับ 3 (Level 3)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤ 70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥ 200	+2
Heart rate (beats per minute)	
< 40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥ 130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
< 9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥ 30	+3
Temperature in °C (°F)	
< 35 (<95)	+2

Criteria	Point Value
35–38.4 (95–101.12)	0
≥ 38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

- A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient.

หมายเหตุ:

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัย จนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามค่านิยามที่กำหนด

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 Service excellence (บริการเป็นเลิศ)

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- (1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร
- (2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50 %)
- (3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x 100,000
อำเภอ 1			
อำเภอ 2			
อำเภอ.....			
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)			

(2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50 %)

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล F๒ หรือ F๒ ขึ้นไป หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาล F๒ หรือ F๒ ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน ๙๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง (A)	จำนวนรพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น (B)	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $(A/B) \times 100$
อำเภอ 1			
อำเภอ 2			
อำเภอ..			
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ)			

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A)	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ทั้งหมด (B)	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $(A/B) \times 100$
อำเภอ 1			
อำเภอ 2			
อำเภอ.....			
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)			

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

.....
.....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร.....E-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 2 Service excellence (บริการเป็นเลิศ)

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ

เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- (1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร
- (2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50 %)
- (3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

เขตสุขภาพ	รายการข้อมูล		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x 100,000
จังหวัด 1			
จังหวัด 2			
จังหวัด.....			
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)			

(2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50 %)

เขตสุขภาพ	รายการข้อมูล		
	จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล F๒ หรือ F๒ ขึ้นไป หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาล F๒ หรือ F๒ ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน ๙๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง (A)	จำนวนรพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น (B)	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $(A/B) \times 100$
จังหวัด 1			
จังหวัด 2			
จังหวัด..			
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ)			

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

เขตสุขภาพ	รายการข้อมูล		
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A)	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ทั้งหมด (B)	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $(A/B) \times 100$
จังหวัด 1			
จังหวัด 2			
จังหวัด..			
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ)			

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

.....

.....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....