

UNPLANNED REFER

โรงพยาบาลสอยดาว ปีงบประมาณ 2559

Ext.ณัฐนิช

Ext.ฐปนา

Ext.ธนกร

Ext.ภวดี

ข้อมูลทั่วไป

- จุดประสงค์ : เพื่อค้นหา Pitfall ของผู้ป่วย Unplanned refer ใน
ปีงบประมาณ 2559



ข้อมูลทั่วไป

ปีงบประมาณ 2559

REFER 196 cases

Planned

Unplanned

Planned

176 cases

คิดเป็น 89.80 %

Unplanned

20 cases

คิดเป็น 10.20 %

ข้อมูลทั่วไป

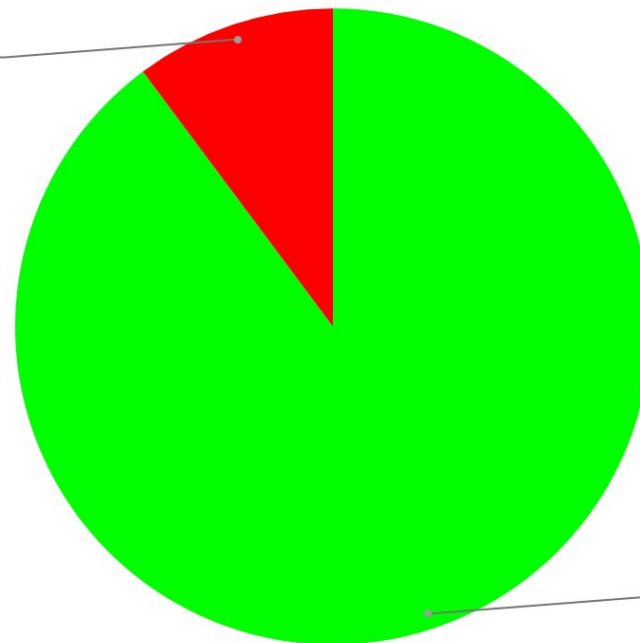
ปีงบประมาณ 2559

REFER 196 cases

Planned

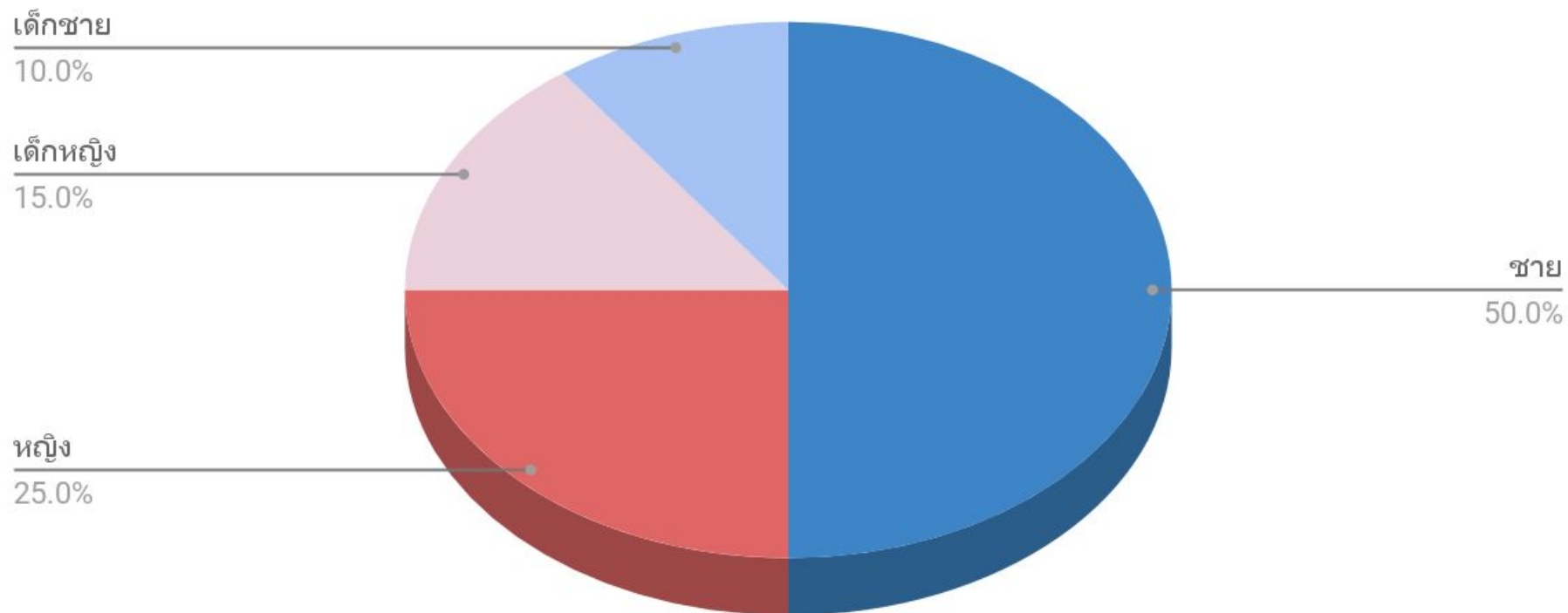
Unplanned

Unplanned
10.2%



Planned
89.8%

เพศ



จำนวนผู้ป่วย unplanned แยกตาม ward

WARD	จำนวนคน	สัดส่วน Unplanned/Planned (%)
MEDICINE	13	21.3 % (13/61)
PEDIATRICS	5	17.2 % (5/29)
OBS/GYNE	1	1.72 % (1/58)
SURGERY	1	4.3 % (1/23)
other	0	0 % (0/5)
TOTAL	20	

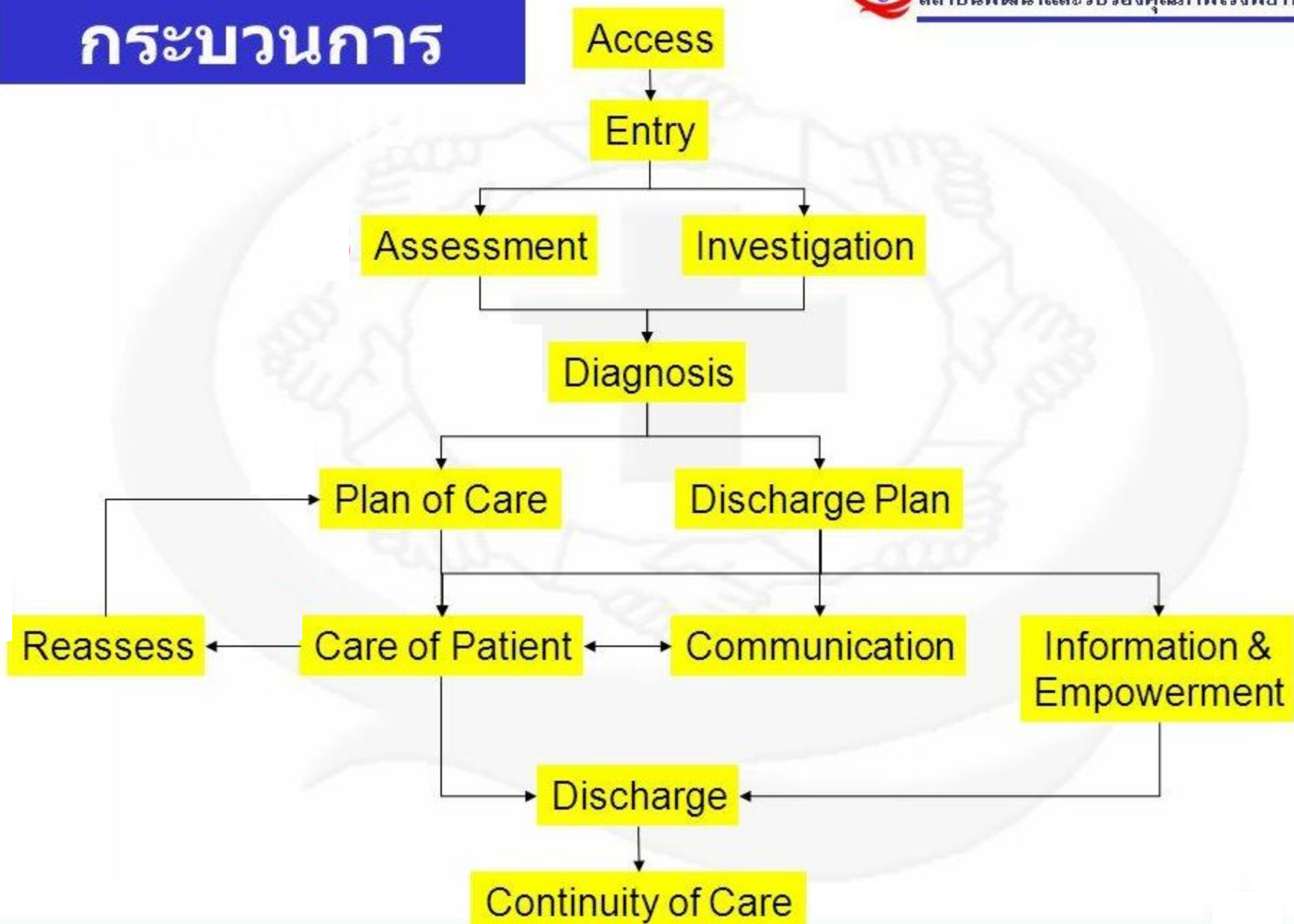
จำนวนผู้ป่วย ward MEDICINE แยกตามระบบ

SYSTEM	จำนวน
RS	4
CVS	1
GI	1
NEURO	2
INFCTIOUS	2
KUB	2
HEMATO	1
TOTAL	13

กระบวนการ



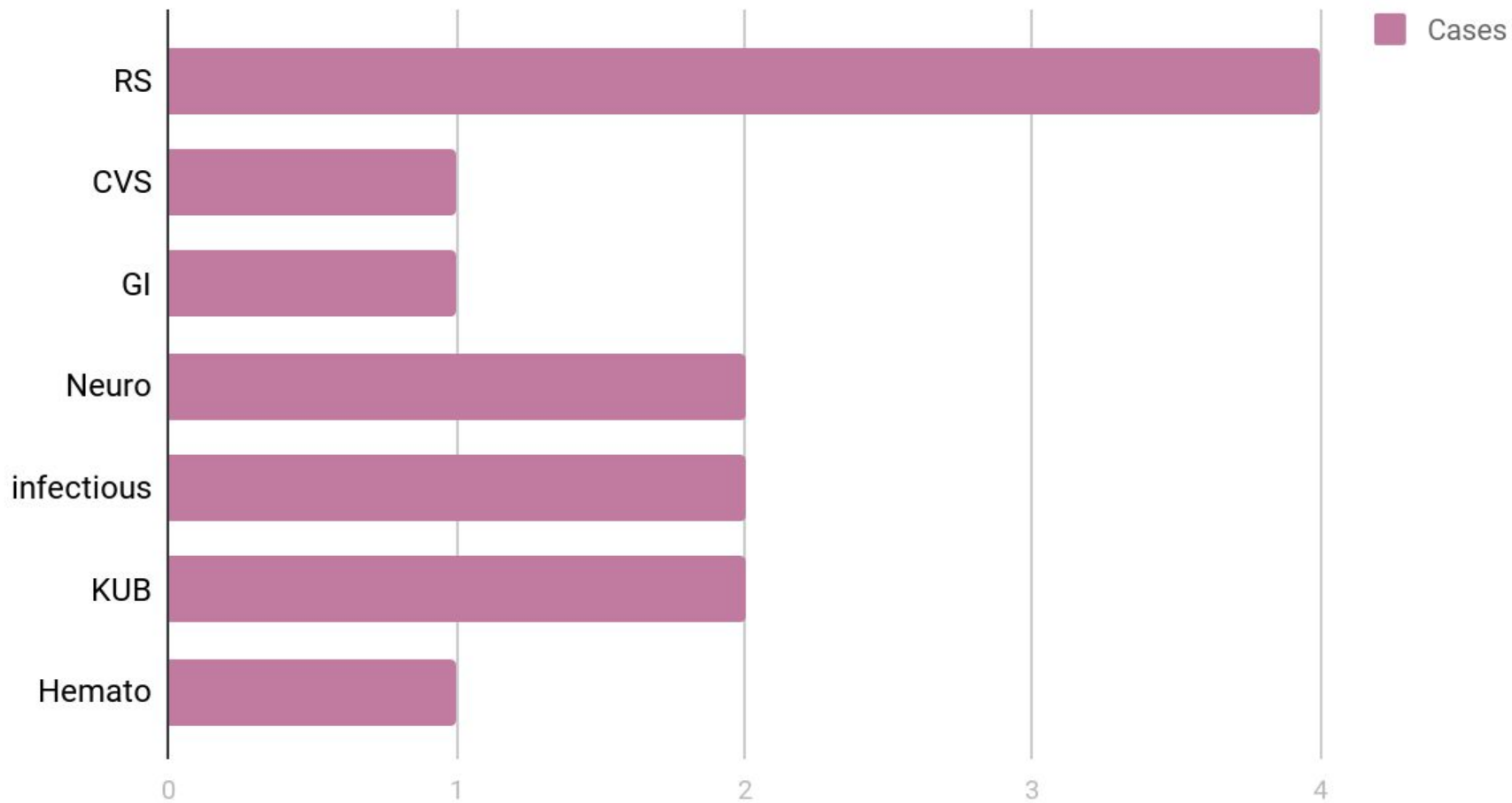
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



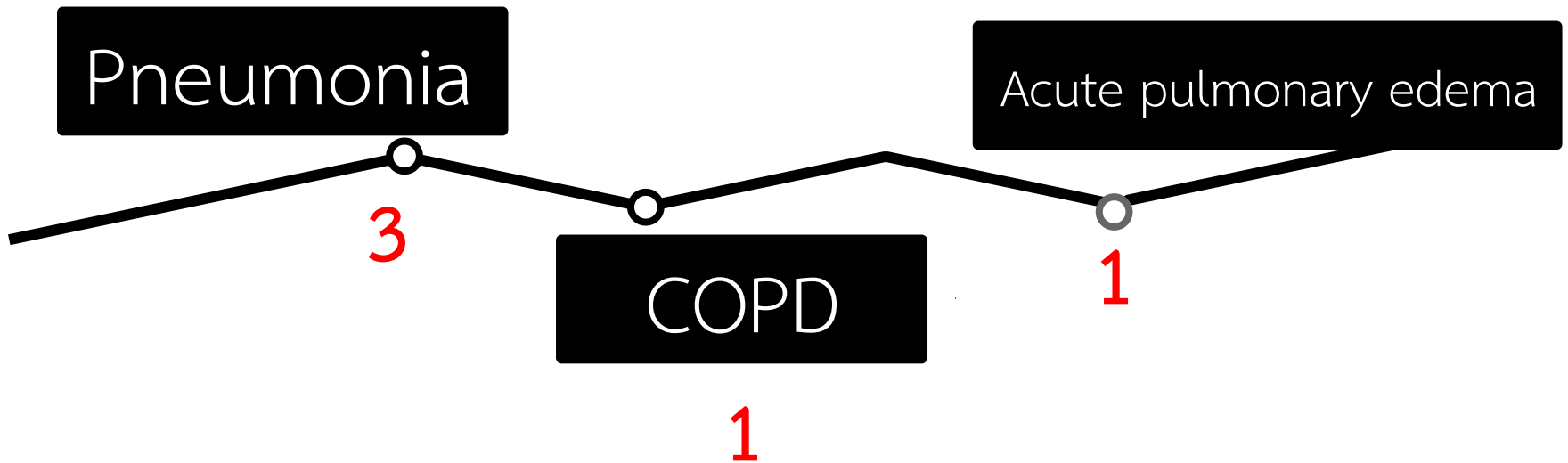
MEDICINE



แผนภูมิแสดงหัวข้ออายุรกรรมแยกตามระบบ



Respiratory system



RS - Pneumonia

1

หญิงไทย อายุ 96 ปี U/D Gout

- **CC:** ไอแห้งๆ หายใจไม่อิ่ม 2 day PTA
- **PI :** ไอแห้งๆ หายใจไม่อิ่ม ไม่มีไข้ no N/V ไม่ปวดท้อง ขับถ่ายปกติ
- **PE:** v/s - BT 38 C , PR 110/min, RR 32/min,
BP 180/100 mmHg, SpO2 94%
Lung - coarse crepitation left lung
- **Dx:** Pneumonia

RS - Pneumonia

Assessment

Diagnosis

- **Mx:** Admit ให้ Antibiotics
- **Progression:** หลัง admit เข้าward 4 hr คนไข้มีอาการเหนื่อยมากขึ้น RR 40/min มี retraction ให้ ventolin อาการไม่ดีขึ้นจึง on ETT และ refer
- **Pitfall:** delayed severity assessment and diagnosis

RS - Lobar pneumonia

ชายไทย อายุ 73 ปี

- **CC:** เหนื่อย 3 day PTA
- **PI :** ใช้ตำๆ เหนื่อย มีเสมหะสีขาว มีน้ำมูกใส ไม่เจ็บคอ เบื่ออาหาร
- **PE:** v/s - BT 37C, PR 118/min, RR 40/min,
BP 140/80 mmHg, SpO2 (canular 3 LPM) 94%
Lung - tachypnea with occasional retraction, minimal
crepitation Rt. lung
CXR : RLL infiltration with atelectasis

RS - Lobar pneumonia

Assessment

Diagnosis

- **Dx:** pneumonia with RLL atelectasis
- **Mx:** พ่น salbutamol 1 NB RR 36, SpO2 sat RA 98
- **Progression:** หลัง admit เข้าward 2 hr คนไข้มีอาการหอบเหนื่อยมาก RR 36/min chest wall retraction จึง on ETT refer
- **Pitfall:** delayed severity assessment and diagnosis

RS Lobar pneumonia

ชายไทยอายุ 54 ปี

- **CC:** ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย 2 day PTA
- **U/D:** COPD, DM
- **PE:** v/s - BT 37 c, PR 104, RR 32, BP 100/60, SpO2 RA 98%
Lung - poor air both lung
- **Mx at ER :** Berodual 1 NB x 3 dose + dexamethasone IV
stat หลังจากนั้นทำ CXR- cavity with patchy infiltration RUL,
old fibrotic scar LUL

RS Lobar pneumonia

- **Dx:** Pneumonia with COPD
- **Mx:** admit for ATB

(V/S ก่อน admit BP 110/70, RR 28, PR 134, SpO2 RA 98)

- Progression: หลัง admit เข้าไป 20 min notify DTX 337 >>
ให้ RI 4 u

หลังจากนั้น 2 hr ต่อมา notify HCO3 6 >> no Mx เพิ่มเติม

1 hr ต่อมา DTX 409 mg% >> RI 10 u + serum ketone

1 hr ต่อมา serum ketone 2+ >> Dx DKA with Pneumonia

RS Lobar pneumonia

Re-Assessment

- **Dx:** DKA with Pneumonia
- -ขอ refer
- **Pitfall:** Reassessment ไม่ดี ระหว่างที่ admit เข้าไปแล้ว

RS - COPD

4

ชายไทย อายุ 69 ปี U/D DM, HT, COPD

- **CC:** หายใจหอบเหนื่อยมา 15 min PTA
- **PE:** v/s - BT 37c, PR 128, RR 40, BP 170/70, SpO2 86%
Lung - poor air entry both lung, wheezing both lung
CXR : old lung fibrosis LUL , no new infiltration
- **Dx:** COPD with AE

RS - COPD

Communication

- **Mx:** พ่น berodual 3 dose + dexamethasone 4 mg IV หลังพ่น fair air entry, Exp wheezing Lt lung SpO2 87% RR 28
ญาติปฏิเสธใส่ ETT Admit observe
- **Progression:** หลัง admit เข้า ward คนไข้อาการไม่ดีขึ้นจึงยอมใส่ ETT
- **Pitfall:** มีปัญหาเรื่อง communication

RS - Acute Pulmonary edema

ชายไทย อายุ 78 ปี U/D NSTEMI, CHF, HT, CKD, TVD end stage

- **CC:** หายใจไม่อิ่ม มา 4 ชม. มีแน่นหน้าอก ร้าวไปไหล่ซ้าย
- **PE:** v/s - BT 36.9c, PR 104, RR 48, BP 110/60, SpO2 92%

Lung fine crepitation both lower lung

EKG : diffuse ST depression at I,II,aVL,aVF,V3,V4,V5,V6

ans ST elevtion at aVR,V1,V2

CXR : cardiomegaly, bilateral pulmonary edema with pleural effusion, not seen bilateral costophrenic sulci

RS - Acute Pulmonary edema Communication

- **Dx:** underlying Acute coronary syndrome with acute pulmonary edema
- **Mx:** ประเมินชีพจร,พิจารณา refer ญาติปฏิบัติเฝ้าระวังการใส่ท่อช่วยหายใจ,CPR และขอรักษาที่รพ.สอยดาว
- **Progression:** หลังadmitเข้าward: นอนอยู่ 4hr อาการไม่ดีขึ้นจึง refer รพศ
- **Pitfall:** มีปัญหาเรื่อง communication

Cardiovascular system



CVS - SVT

6

ชายไทย อายุ 59 ปี unknown underlying disease

- CC: หายใจหอบเหนื่อย 9 hr PTA
- PE: v/s - BT 36.6 C, PR 152/min, RR 32/min, BP 90/60 mmHg
Lung - clear
Heart - totally irregular, no murmur
- EKG: แรกจับ AF c RVR 141 bpm, LVH, TWI V4-V6
- DTX: 173 mg%
- Dx: Unstable tachycardia

CVS - SVT

- **Mx:** Synchronized cardioversion 100 J >> sinus tachycardia 120 bpm -- repeat EKG: sinus tachycardia, LVH, TWI V4-V6
- **Progression:** หลังadmitเข้าward - notify เจ็บอก เหงื่อออก ตัวเย็น PE restless and drowsiness BP 60/30 mmHg , HR 120/min totally irregular
EKG: AF c RVR

CVS - SVT

Plan and management

Mx: Synchronized cardioversion 100 J >> sinus tachycardia

On ET tube + amiodarone 150 mg IV drip in 15 min

>> Refer รพศ

Pitfall:

- Synchronized cardioversion ด้วยกำลังไฟฟ้าที่ต่ำเกินไป

Gastrointestinal system

Diarrhea



1

GI - diarrhea

7

ชายไทย อายุ 85 ปี unknown underlying disease

- **CC:** อาเจียน ถ่ายเหลวมา 6 hr PTA
- **PE:** BT 38.5 PR 100 RR 28 BP 80/50 MAP 60
- **Dx:** Infective diarrhea with septic shock (SOS 8)
- **Mx:** NSS 1000 ml IV free flow, stat Ceftriaxone

V/S next 1 hr: BP 80/50 MAP 60 >> NSS free flow 500 ml

V/S next 1 hr: BP 80/50 MAP 60 >> levophed (8:250) rate

20 ml/hr >> BP 60/30

GI - diarrhea

>> titrate levophed to 30 ml/hr and load NSS 500 ml
(total 3000 ml)

V/S next 15 min: BP 70/40 MAP 50

V/S next 15 min: BP 80/50 MAP 60 titrate levophed to 40
ml/hr

ก่อน admit BP 90/50 MAP 63

- **Progression:** หลัง admit ไป 3 hr ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น

lung : fine crep RLL, UOP < 0.5 ml/kg/hr >> ลด rate IV

GI - diarrhea

Re-Assessment

แล้ว refer รพศ

- Refer : ประเมิน volume ลำบาก need central line
- **Pitfall:** หลัง load ไม่ได้ประเมิน fluid responsiveness ทำให้ load IV มากเกินจน volume overload

ไม่ได้ titrate levophed ขึ้นทุก 15 min ทั้งๆที่ $MAP < 65$

Admit ทั้งๆที่ผู้ป่วยยังไม่ stable $MAP < 65$

Neuro system

Seizure



2

Neuro - Seizure

8

ชายไทย 58 ปี

U/D ischemic stroke ปี 55, hemorrhagic stroke ปี 59

- **CC:** ชักเกร็งกระตุกแขนขาทั้งสองข้าง 1 hr PTA
มีอาการตาเหลือกขึ้นด้านบน เป็นประมาณ 4 นาที ปัสสาวะราด
หลังตื่นช่วยเหลือตัวเองดี
At ER-- มีการชักเกร็ง ประมาณ 50 วินาที
- **PE:** v/s - BT 36.7, PR 108, RR 24, BP 140/80, SpO2 98%

Neuro - Seizure

- Neuro - E4V1M4 pupil 2 mm SRTLBE, motor grade at least gr.III Rt, at least IV Lt, DTR 3+
DTX: 140 mg%
- **Dx**: Seizure
- **Mx** : IV hydration, Phenytoin 1 gm IV in 30 min then 100 mg IV q 8 hr, Observe GCS and seizure
- **Progression**: At ward ประเมิน motor power gr. I Rt, gr. III Lt ตัดสินใจ Refer PPK R/O ICH

Neuro - Seizure

Assessment

- **Pitfall:** delayed severity assessment อาจจะนึกถึง ICH ได้
ตั้งแต่ ER อาจจะไม่ต้อง admit

Neuro - Seizure

ชายไทย อายุ 33 ปี U/D Epilepsy(on dilantin), depression รับยา
รพ.สอยดาว ขาดยากันชัก1เดือน

- **CC:** ชักเกร็งกระตุกแขนขาทั้งสองข้าง 3 min PTA
At ER: 90 sec หายเกร็งกระตุก
- **PE:** v/s - BT -, PR 108, RR 24, BP 140/80, SpO2 98%
Neuro - E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE, right eye
deviated to medial side, motor grade V all
- DTX: 98 mg%

Neuro - Seizure

- Dx: Seizure
- Mx: Admit, Lab workup

Load Dilantin 750 mg IV in 30 min

- **Progression:** หลังadmitเข้าward ประมาณ 1.30 ชม
notify คนไข้ชัก แขนขาเกร็งสองขาเหยียด/ถีบไปมา ได้

diazepam 10 mg IV x III doses then dilantin 750 mg IV in
30 min ชักอยู่ประมาณ 15 min >> try ETT x 2 attempts
คนไข้force ไม่สามารถใส่ ETT

Neuro - Seizure

Plan and management

+ คนไข้พูดรู้เรื่อง ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ ไม่อ่อนแรง DTX

129mg% >> refer รพศ ไม่ETT คุยกับคนไข้รับทราบ

- Pitfall:

- ไม่ได้ให้ early anti-epileptic drug ตาม line

- Revise:

- manage ตาม status epilepticus guideline

Infectious system



ID - fever

10

ชายไทย อายุ 78 ปี U/D BPH

- CC: เรียกไม่รู้สีกตัว 40 min PTA
- PE: v/s - BT 38.3c, PR 80, RR 20, BP 140/80, SpO2 90%

GA - looked fatigue

HEENT - mild pale, dry lip

Lung - clear

Heart - full and equal pulse, no murmur

Abd - soft, not tender, no hepatosplenomegaly

ID - fever

- Neuro - E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE, , follow to command, no facial palsy, normal tone, BBK and clonus negative both sides, stiffneck negative, motor at least grade IV all extremities
- DTX: 198 mg%
- EKG: sinus rhythm, TWI lead III,aVF
- **Dx**: Sepsis
- **Mx**: stat cef-3, IV hydration, on O2 cannula

ID - fever

Re-Assessment

- **Progression:** หลังadmitเข้าward notify ผู้ป่วยซึมลง E2V1M6
pupil 3 mm RTLBE, motor gradeV all ปัสสาวะราด SpO2
96% อาเจียนเป็นcoffee ground 10ml
EKG: sinus rhythm, TWI lead III,aVF
>> refer รพศ
- **Pitfall:**
 - ไม่มีการ reassessment

KUB system

Acute
pyelonephritis

○ 2

KUB - acute pyelonephritis

หญิงไทย อายุ 24 ปี unknown underlying disease

- **CC:** ใช้หนาสั้น ปัสสาวะแสบขัดมา 3 d PTA
- **PE:** BT 39.5 C, PR 98/min, RR 22/min, BP 90/60 mmHg
- **Dx:** acute pyelonephritis
- **Mx:** admit IV ATB (ceftriaxone) IV rate 100 ml/hr ก่อน
admit BP 90/60
- **Progression:** หลัง admit ไป 4 hr BP 80/50 PR 104 >> load
NSS 1000 ml

KUB - acute pyelonephritis

Plan and management

>> BP หลัง load 80/50 Dx acute pyelonephritis with
septic shock (SOS 7) >> NSS load จนครบ 3000 ml
BP 90/60 >> Refer รพศ

- **Pitfall:** ผู้ป่วยมีภาวะ impending shock แต่ไม่ได้ load IV at ER

KUB - acute pyelonephritis

หญิงไทย อายุ 31 ปี unknown underlying disease

- **CC:** ใช้หนาสัน ปัสสาวะแสบขัด ชุ่ม ปวดหัว อาเจียน 1 d PTA
- **PE:** BT 38.6 PR 80 RR 20 BP 90/60, CVA tenderness Rt side
- **Lab :** UA WBC 20-30 Epi 5-10
- **Dx:** acute pyelonephritis
- **Mx:** admit IV ATB (ceftriaxone) IV rate 80 ml/hr ก่อน
admit BP 100/60 mmHg

KUB - acute pyelonephritis

Assessment

Re-assessment

- **Progression:** หลัง admit ไป 5 hr Pt มี confusion พูดจาไม่รู้เรื่อง stiff neck positive suspected Meningoencephalitis
>>Refer รพศ
- **Pitfall:** ควร repeat UA ซ้ำ (urine contamination)
แรกจับตรวจร่างกายไม่ครบ ไม่ได้ตรวจ stiffneck

-

Hematology system

Anemia



1

Hematology (anemia)

หญิงไทย อายุ 78 ปี unknown underlying disease

- **CC:** มา F/U ตามนัด มีปัญหา Hct drop (19) Hx มีจ้ำเลือดที่ขา
หกล้ม มีจ้ำเลือดที่ขาซ้ายมากขึ้น ปวดน่องซ้าย เดินไม่สะดวก
- **PE:** BT 36.6 PR 80 RR 20 BP 90/60 Ext: Rt thigh
contusion 15 cm, Lt leg contusion 20 cm
- **Lab :** Hct 19 MCV 83 WBC 5410 N 67.2 L 24.4 Plt 139000
- **Dx:** Anemia due to acute blood loss
- **Mx:** PRC 1 u

Hematology (anemia)

Assessment

Diagnosis

- **Progression:** admit ไปได้ 4 hr มีปัญหาปวดขาซ้ายมาก ขาบวมมาก รอบขาซ้าย 30.5 cm. รอบขาขวา 24 cm., Homans sign positive refer R/O DVT
- **Pitfall:** ตรวจร่างกายที่ ER ไม่ละเอียด ไม่ได้คิดถึง DVT ตั้งแต่วันที่ ER

GYNE



Gyne - Hypermenorrhea

14

หญิงไทย อายุ 39 ปี

U/D Hyperthyroidism S/P ผ่าตัดและกลืนแร่ 10ปี หยุดยาเอง

- **CC**(15.50น. OPD): ประจำเดือนออกมาก 10 day PTA
- **PE**: v/s - BT 36.6 C, PR 116, RR 24, BP 110/70, SpO2 95%
PV: NIUB, clotted blood, cervix no lesion, adnexa free, no mass
- **Dx**: Hypermenorrhea r/o hypothyroidism
- **Mx**: Thyroid function test, Try treat with thyroxine

Gyne - Hypermenorrhea

Diagnosis

Plan and management

- **Progression:** หลังadmitเข้าward(17.30น.): notify Hct 10%, ไม่สามารถ G/M PRCได้ เจ้าหน้าที่ห้องlabไม่อยู่ จึง refer รพศ
- **Pitfall:**
 - ไม่มีบันทึกตรวจร่างกาย
 - ไม่ได้เจาะ Hct stat
 - ไม่ได้มีprocess ของการ stop bleed
 - Labไม่ได้ available ตลอดเวลา
- **Revise:** early investigation and management

SURGERY



Trauma - Ruptured hepatoma

- **CC:** เวียนศีรษะตาลาย 30 min PTA U/D cirrhosis
- **PI :** 1.5 hr PTA มีอาการแน่นท้อง มีถ่ายเหลว3ครั้ง ไม่มีมูกเลือด
30 min PTA มีเวียนศีรษะหน้ามืดตาลาย หมดสติ ญาตินำส่งรพ.
- **PE:** v/s - BT 36.5c, PR 88, RR 32, BP 80/50
HEENT - moderate pale conjunctiva
Heart - Normal S1S2, no murmur
Lung - clear breath sound
Abdomen - distend abdomen, soft, not tender

Trauma - Ruptured hepatoma

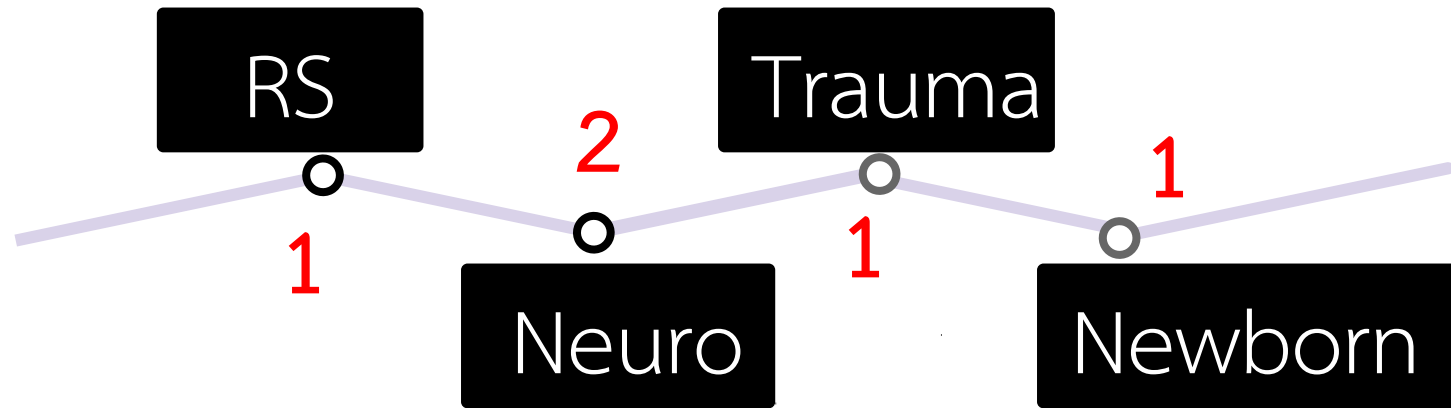
Plan and management

- **Dx:** Cirrhosis with diarrhea
- **Mx.** Hct 11% ให้ IV load 500 ml BP 130/70 แล้ว admit
- **Progression:** หลัง admit เข้า ward อาการไม่ดีขึ้น ทำ abdominal paracentesis ได้เลือด HCT 23% จึง refer ไป รพศ.
- **Pitfall:** early management

PEDIATRICS



Pediatrics



- เด็กหญิงไทย อายุ 2 ปี 2 เดือน unknown U/D
- **CC:** หายใจหอบเหนื่อย 50 min PTA
- **PI :** 15 hr PTA มีไอ น้ำมูกใส ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีไข้ 50 min PTA
หายใจหอบเหนื่อย ไอ น้ำมูกใส ไม่อาเจียน ไม่ท้องเสีย จึงมารพ.
- **PE:** v/s - BT 37, PR 136, RR 80, BP 90/50

Lung - no cyanosis, no crepitation, wheezing both lungs, no retraction equal breath sound, tachypnea

PED Asthma

Plan and management

- **Dx:** Asthma with AE due to environmental trigger
- **Mx:** Salbutamol NB x3, O2 sat 88% on canular 3L/min
O2sat 94-95 P 178-182 RR 80-82
- **Progression:** Admit ward พ่น ventolin q 2 hr หลังจาก admit มี subcostal retraction RR 80 observe ต่อ อาการไม่ดีขึ้น จึง on ETT 4.5 และ refer PPK
- **Pitfall:** มีปัญหาในเรื่องการ early management

Ped febrile convulsion

- เด็กหญิงไทย อายุ 5 ปี 5 เดือน unknown U/D
- **CC:** ไข้สูง ชักเกร็ง ตาลอยมา 1 hr PTA มี Hx ชักจากไข้สูงมา 6 ครั้ง เคย refer ไปรพศ EEG ปกติ แนะนำกินยากันชักต่อเนื่อง 2 ปี แต่ญาติปฏิเสธ advise แล้วญาติยืนยันไม่ให้กิน
- **PE:** v/s - BT 38.8, PR 158, RR 26, BP 140/70

Other WNL

Ped febrile convulsion

Communication

- **Dx:** Recurrent Simple Febrile Convulsion
- **Mx:** Admit ไป 2 hr ใช้สูง BT 38.3 ชักเกร็งกระตุก ตาลอย 40 sec ได้ Valium 1 dose หยุดชัก Dx complex febrile convulsion ค่อยกับมารดา refer รพศ
- **Pitfall:** มีปัญหาในเรื่อง communication

Ped febrile convulsion

- เด็กชายไทย อายุ 2 ปี 8 เดือน unknown U/D
- **CC:** ชักเกร็ง ตาค้าง 1 hr PTA
- **PI :** 2day PTA มีไข้ ไม่ไอ น้ำมูกใส ไม่อาเจียน ไม่ซึม กินนมได้ ไป รพ.สต.ได้ยากลับมากิน 1 hr PTA บิดานั่งอยู่เห็นเกร็งแขนงอ2ข้าง ตาค้าง ไม่กระตุก นานประมาณ 1/2 นาที ไม่มีปัสสาวะอุจจาระราด ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัวหายเกร็ง ยังซึมจึงพามารพ.
- **PH :** เคยชักแบบนี้มาแล้ว1ครั้ง ครั้งที่แล้วชักจากไข้

Ped febrile convulsion

Assessment

- **PE:** v/s - BT 36.5, PR 140, RR 38

HEENT : injected pharynx, no exudate

- **Dx:** Recurrent Simple Febrile Convulsion
- **Mx:** Admit ไป 5 hr เด็กมีอาการชักซ้ำ note ไว้แค่ focal seizure จึง refer
- **Pitfall:** มีปัญหาในเรื่องการชักรายละเอียดยดประวัติ

Trauma

เด็กหญิงไทย อายุ 13 ปี unknown U/D

- **CC:** ล้มศีรษะกระแทกพื้น 1 hr PTA
- **PE:** v/s - BT 37, PR 88, RR 22, BP 110/70

HEENT - contusion 3 cm Right head

Lung - clear

Heart - regular rhythm, no murmur

Neuro - E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE, no sensory deficit, motor grade V all

Trauma Assessment

- Dx: Cerebral concussion
- Mx: Admit for observe neuro. sign

Lab workup

- Progression: หลัง admit ให้ประวัติว่าปวดเวลาก้มคอ ปวดศีรษะ
>> refer รพศ
- Pitfall:
 - ประวัติและตรวจร่างกายที่ ER ไม่ครบ

PED-neonatal jaundice

- ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 8 วัน
- CC: ซึมลงมา 5 hr
- PI: 5 hr PTA ซึมลง ไม่ร้องเหมือนเดิม ดูดนมน้อยลง นอนหลับมากขึ้น
- PH: NL, APGAR 9,10 ที่รพ.สอยดาว

PED-neonatal jaundice

- **PE:** BT 37.3C, RR 52/min, PR 140/min,
 - A Thai sleeping newborn,
 - heart-normal S1S2, no murmur,
 - lung- equal BS, good air entry, clear,
 - abd- normoactive bowel sound, soft, not tender,
 - ext.-move equally all extremities,
 - neuro- Brudzinski sign -ve, motor grossly intact
- **Imp:** late neonatal sepsis

PED-neonatal jaundice

Assessment

- **Mx:** septic W/U
- **Progression:** หลัง admit notify ว่าเด็กมีตัวเหลืองตาเหลือง >>
เจาะ Hct, MB - MB 23.2 >> on double phototherapy, MB
next 4 hr
>> then refer รพศ
- **Pitfall:** - ซักประวัติตรวจร่างกาย และ investigation ไม่ครบ

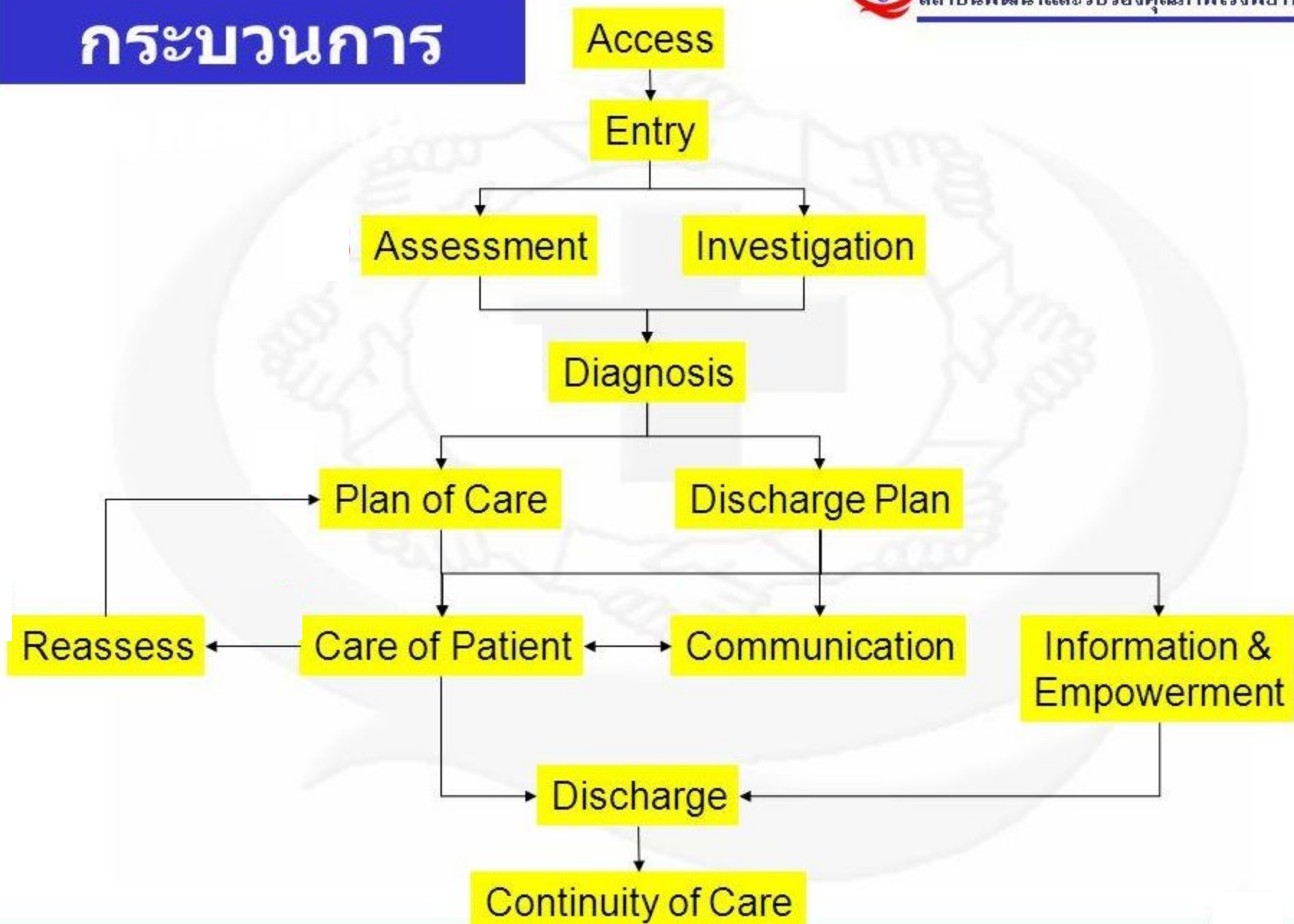
SUMMARY



กระบวนการ



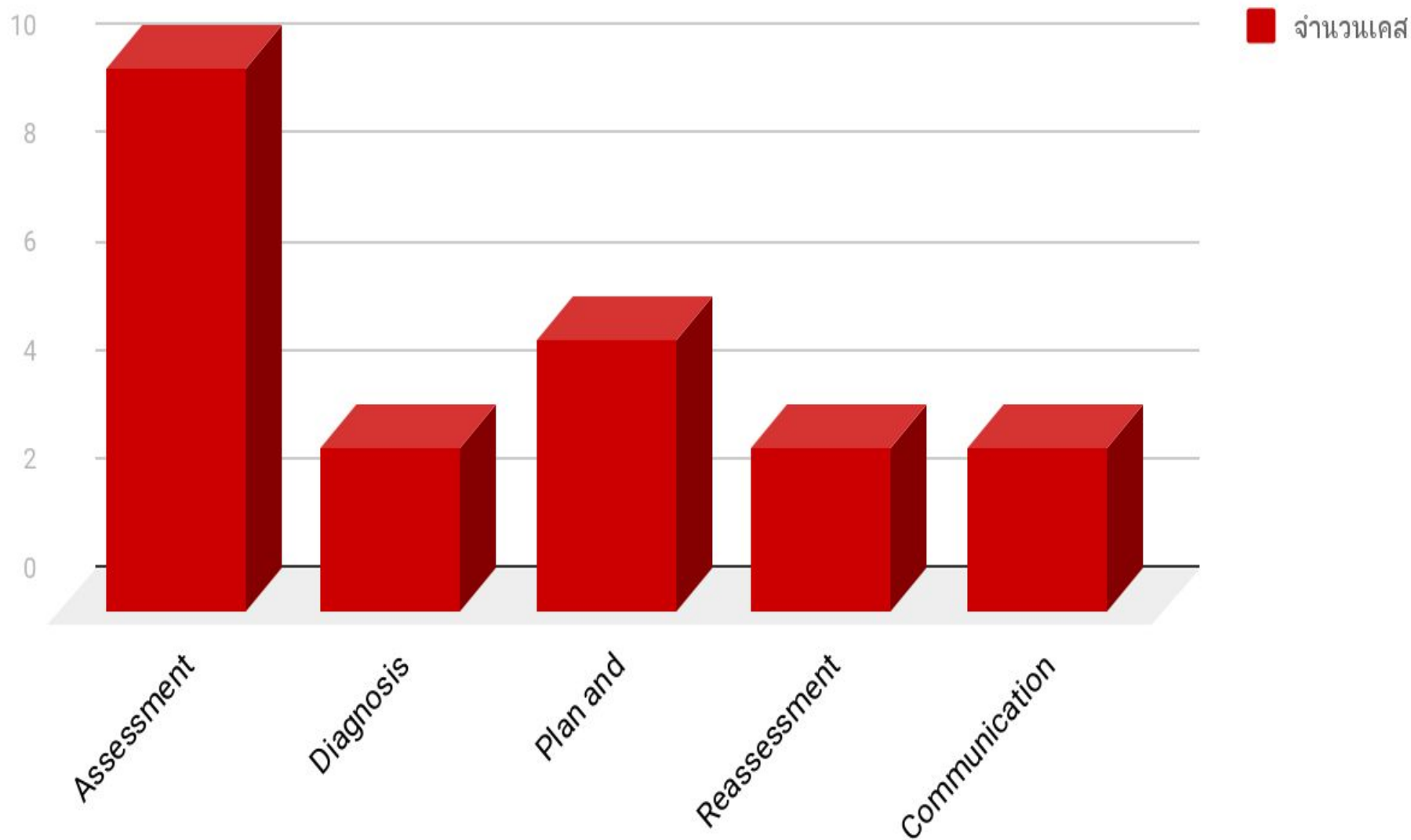
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



จำนวนผู้ป่วย แยกตาม Pitfalls

Pitfall	Number
1) Assessment	10 / 20
2) Diagnosis	3 / 20
3) Plan and management	5 / 20
4) Reassessment	3 / 20
5) Communication	3 / 20

แผนภูมิแท่งแสดงจำนวน Pitfalls ของผู้ป่วย unplanned refer ในปีงบประมาณ 2559



THANK YOU

