



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA (F-QF-001)

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้
ครบถ้วน)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

5.สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล IT ฯลฯ)						

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☐ Infection Control ☐ Medication Safety ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☒ Patient Care Process ☐ Line , Tube & Catheter ☐ Emergency Response
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☐ ความปลอดภัย [Safety] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	☒ คุณภาพ / สิ่งสูญเสีย [Quality (waste)*] ☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2

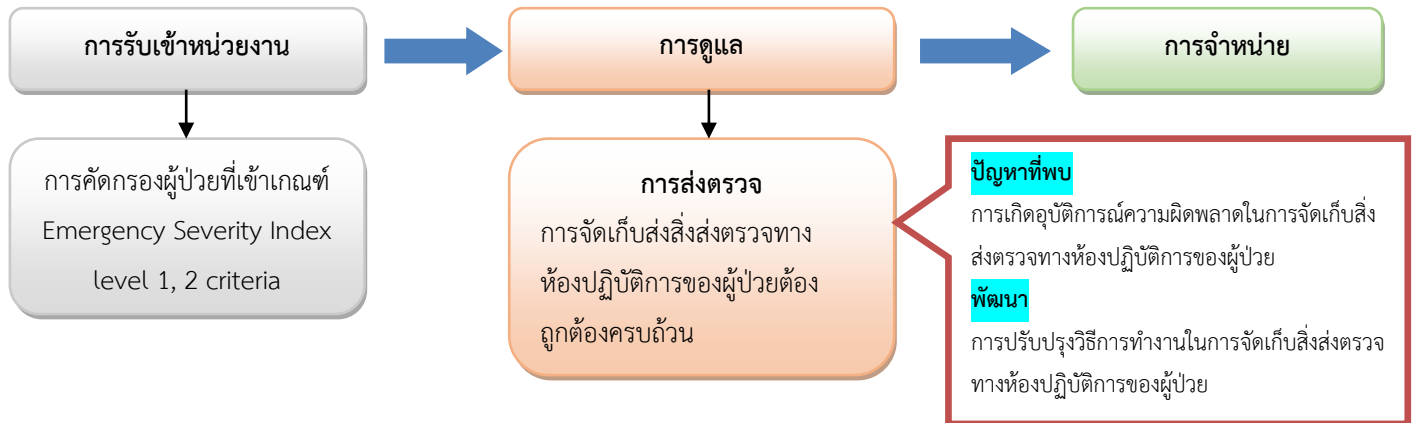
ชื่อเรื่อง / โครงการ การปรับปรุงวิธีการทำงานในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ) (10)

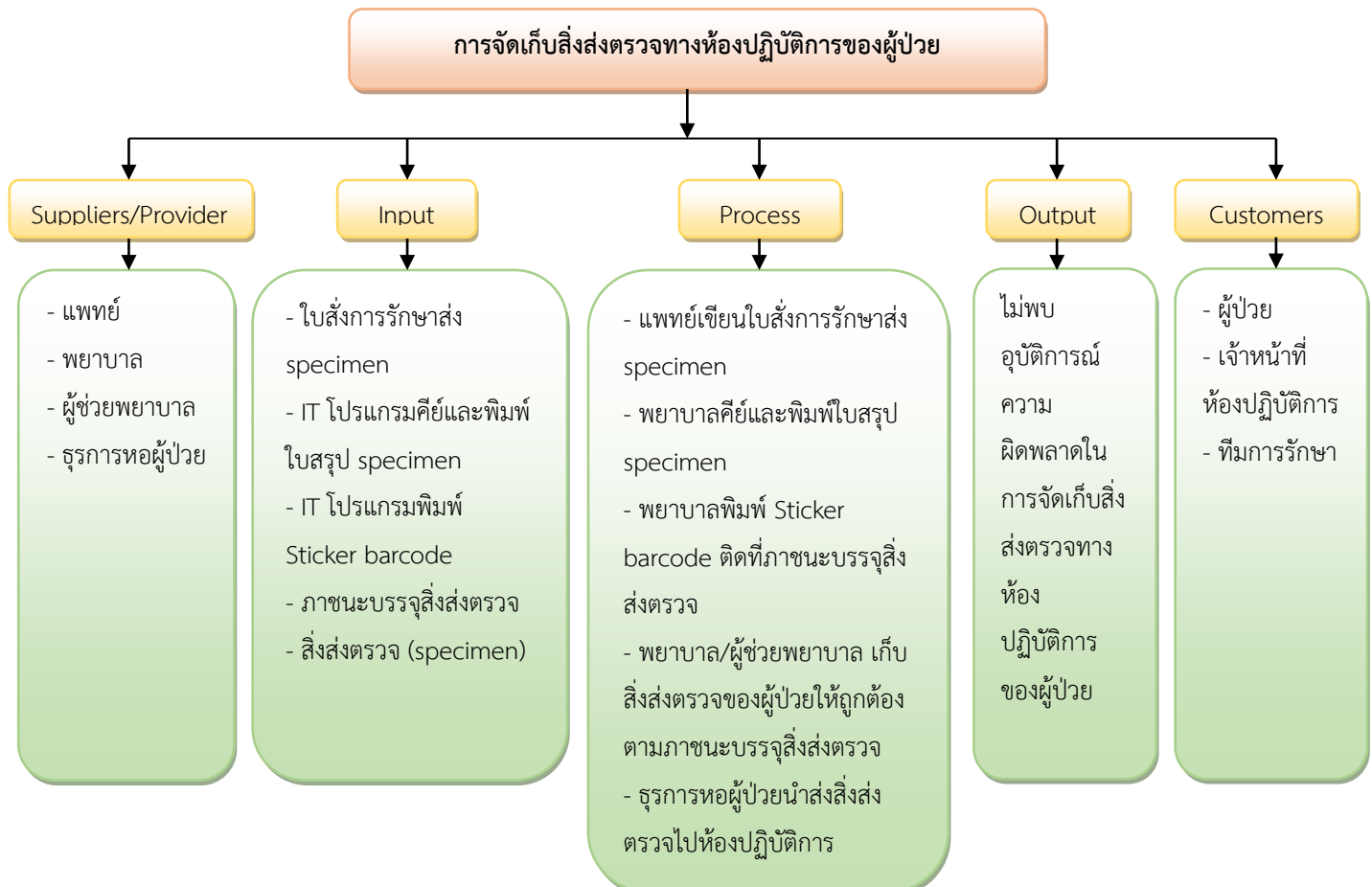
หน่วยกึ่งชีพ ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีภาวะคุกคามชีวิตและผู้ป่วยกลุ่มโรค Fast track การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากขั้นตอนหนึ่ง เมื่อสิ่งส่งตรวจเก็บมาไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม จะเป็นสาเหตุให้ต้องเก็บซ้ำ ทำให้ผลการตรวจออกช้ากว่าเวลาที่กำหนด ทำให้การรักษาล่าช้า ผู้ป่วยใช้เวลารอคอยเพิ่มมากกว่าเดิมทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การส่งสิ่งส่งตรวจผิดคนทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาผิดพลาดและอาจเกิดอันตรายร้ายแรงถึงแก่ชีวิตได้ จากสถิติการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในหน่วยกึ่งชีพ ปี 2563 พบเกิดอุบัติการณ์ผิดพลาด ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงานที่กำหนดไว้ คือเท่ากับ 0 ครั้ง สาเหตุเกิดจากการทำงานผิดพลาด (Non-effective Process)

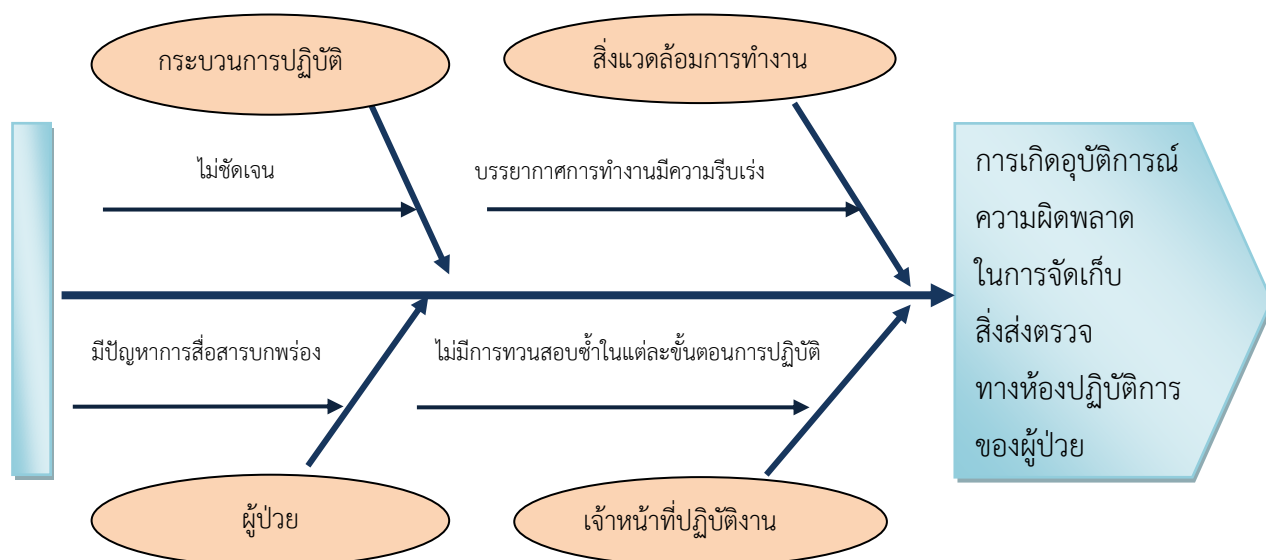
2. กรอบแนวคิดและการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root cause analysis) (20)

2.1 กระแสงาน (Workflow) ซึ่งเป็นภาพรวมของกระบวนการทำงาน (Work Process)



2.2 สายธารแห่งคุณค่า (Value chain) ของกระบวนการทำงาน (Work Process) ตามแนวทาง SIPOC





3. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมายของกระบวนการปรับปรุง (25)

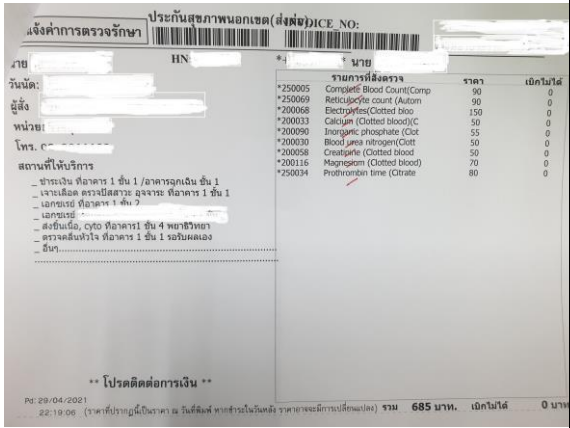
3.1 วัตถุประสงค์ (วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด (KPI) และเป้าหมาย (Target) ของตัวชี้วัด (Lagging Indicator))

KPI เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาผิดพลาดในการเก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

Target ไม่พบอุบัติเหตุการฉีดยาผิดพลาดในการเก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง)

การปรับปรุง	รายละเอียดการดำเนินงาน	สิ่งที่พบ ข้อดี ข้อด้อย
แนวปฏิบัติเดิม (อดีต – มีนาคม 2563) ใช้แนวทางปฏิบัติคณะฯ เรื่อง การเก็บและนำส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย โรงพยาบาลรามธิบดี	1. ให้ทวนสอบ รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายนั้น โดยดูจากหน้าจอสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยแต่ละราย 2. เตรียมภาชนะบรรจุ ให้ตรงกับชนิดของสิ่งส่งตรวจนั้นๆ ตามที่ระบุในหน้าจอสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยหรือใบสรุป specimen 3. สั่งพิมพ์ Sticker barcode จากโปรแกรม **ควรเคลียร์หน้าจอก่อนทุกครั้งเพื่อป้องกันข้อมูลผู้ป่วยรายก่อนค้างในระบบ** 4. ติด Sticker barcode ที่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจให้ตรงกับชนิดของภาชนะส่งตรวจที่ระบุไว้บน Sticker barcode 5. จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ โดยใช้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจที่เตรียมไว้ ทวนสอบข้อมูลให้ตรงกับป้ายที่ชื่อของผู้ป่วยหรือสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง 6. ดำเนินการ Dispatch ภาชนะส่งตรวจทุกชิ้นและรับนำส่งห้องปฏิบัติการ	วิธีการทำงานในหน่วยกู้ชีพ บรรยากาศการทำงานมีความรีบเร่ง เมื่อแพทย์มีคำสั่งและเขียนใบสั่งการรักษาส่ง specimen 1. พยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ คีย์และพิมพ์ใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วย และพิมพ์ Sticker barcode เพื่อใช้ติดที่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ 2. พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลอีกคน รับแจ้งให้เก็บสิ่งส่งตรวจมีทั้งทางวาจาจากก่อนและมี Sticker barcode มาให้ ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วย ข้อด้อย พบอุบัติเหตุการฉีดยาผิดพลาด การส่ง Specimen ผิดคน เนื่องจากพยาบาลรับแจ้งให้เก็บสิ่งส่งตรวจทางวาจา ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจโดยนำ Sticker ชื่อผู้ป่วยผิดคน ไปทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วยและเก็บสิ่งส่งตรวจ แต่ไม่ได้ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยบน Sticker barcode อีกครั้ง ก่อนติด Sticker barcode ที่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ

การปรับปรุง	รายละเอียดการดำเนินงาน	สิ่งที่พบ ข้อดี ข้อด้อย
การพัฒนาครั้งที่ 1 (มีนาคม-สิงหาคม 2563) ปรับปรุงวิธีการทำงาน ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลซ้ำ	1. พยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ คีย์และพิมพ์ใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วย และพิมพ์ Sticker barcode 2. พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลที่ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วย ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ชนิดภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องตรงกับ Sticker barcode ที่ติดที่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ ก่อนส่งมอบให้ธุรการหอบผู้ป่วยดำเนินการ Dispatch และรับนำส่งห้องปฏิบัติการ  sticker  Sticker barcode	ข้อดี พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ที่ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วย มีการตรวจสอบข้อมูลซ้ำก่อนส่งมอบให้ธุรการหอบผู้ป่วยดำเนินการ Dispatch ภาชนะสิ่งส่งตรวจ และรับนำส่งห้องปฏิบัติการ ข้อด้อย พบอุบัติการณ์ความผิดพลาด การส่ง Specimen ผิดคน เนื่องจากพยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ พิมพ์ Sticker barcode โดยการ scan HN บนใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วย แต่ไม่ได้เคลียร์หน้าจอจนจึงได้ Sticker barcode ข้อมูลผู้ป่วยรายก่อนค้างในระบบ และไม่ได้ตรวจสอบ Sticker barcode ให้ถูกต้องตรงกับใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยอีกครั้ง
การพัฒนาครั้งที่ 2 (สิงหาคม-พฤศจิกายน 2563) ปรับปรุงวิธีการทำงาน ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลซ้ำ	1. พยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ คีย์และพิมพ์ใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยและพิมพ์ Sticker barcode โดยเคลียร์หน้าจอก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันข้อมูลผู้ป่วยรายก่อนค้างในระบบ 2. พยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ ตรวจสอบ Sticker barcode ให้ถูกต้องตรงกับใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนส่งมอบให้เจ้าหน้าที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ 	ข้อดี พยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ พิมพ์ Sticker barcode มีการตรวจสอบ Sticker barcode ให้ถูกต้องตรงกับใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนส่งมอบให้พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลติด Sticker barcode ที่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ ข้อด้อย พบอุบัติการณ์ความผิดพลาด การส่ง Specimen ผิดคน เนื่องจากพยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ คีย์และพิมพ์ใบสรุป specimen และมีพยาบาลอีกคนมาช่วยพิมพ์ Sticker barcode แต่ไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลบนชุด Sticker barcode ให้ครบทุกแผ่นพบว่าในชุด Sticker barcode ของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เนื่องจากมี Sticker barcode ของผู้ป่วยรายอื่นรวมอยู่ด้วย
การพัฒนาครั้งที่ 3 (พฤศจิกายน 2563 - ปัจจุบัน) ปรับปรุงวิธีการทำงาน ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลซ้ำและการลงชื่อผู้ตรวจสอบบน Sticker barcode	1. พยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ คีย์และพิมพ์ใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วย ตรวจสอบใบสรุปรายการให้ตรงกับคำสั่งแพทย์ (รับคำสั่งแพทย์ครบถ้วนและถูกต้อง) 2. พยาบาลที่รับคำสั่งแพทย์ พิมพ์ Sticker barcode โดยเคลียร์หน้าจอก่อนทุกครั้งเพื่อป้องกันข้อมูลผู้ป่วยรายก่อนค้างในระบบ ตรวจสอบ Sticker barcode ให้ถูกต้องตรงกับใบสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยอีกครั้ง (ครบถ้วนและถูกต้อง) และลงชื่อผู้ตรวจสอบบน Sticker	ข้อดี การจัดเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในหน่วยงาน มีการตรวจสอบความถูกต้องซ้ำทุกขั้นตอน และยืนยันโดยการลงชื่อผู้ตรวจสอบ ก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ

การปรับปรุง	รายละเอียดการดำเนินงาน	สิ่งที่พบ ข้อดี ข้อด้อย
	barcode 3. พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วย โดยทวนสอบข้อมูลผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายที่ข้อมือของผู้ป่วย (เก็บถูกคน) ตรวจสอบซ้ำข้อมูล Sticker barcode และภาษา (ถูกภาษาขณะบรรจุสิ่งส่งตรวจ) และลงชื่อผู้ตรวจสอบบน Sticker barcode ก่อนส่งมอบให้ธุรการหอผู้ป่วยดำเนินการ Dispatch ภาษาสิ่งส่งตรวจและรับนำส่งห้องปฏิบัติการ 4. ธุรการหอผู้ป่วย ตรวจสอบภาษาที่บรรจุสิ่งส่งตรวจให้มีการลงชื่อของพยาบาล/ ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 2 คน บน Sticker barcode ทุกภาษา ก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ	

4. แผนการดำเนินกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) (5) กรณาระบุช่วงเวลาชัดเจน (Gantt's Chart)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)				ผู้รับผิดชอบ / บทบาท หน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	มี.ค 63	ส.ค 63	พ.ย 63	พ.ย 63 ถึงปัจจุบัน	
ประชุม RCA อุบัติการณ์ความผิดพลาด วางแผน ออกแบบ และพัฒนา	↔ ←-→				ทีมงานพยาบาลและ หัวหน้า
ทดสอบ ประเมินผล และประกาศใช้	↔ ←-→				ทีมงานพยาบาลและ หัวหน้า
ประชุม RCA อุบัติการณ์ความผิดพลาด วางแผน ออกแบบ และพัฒนาใหม่		↔ ←-→			ทีมงานพยาบาลและ หัวหน้า
ทดสอบ ประเมินผล และประกาศใช้		↔ ←-→			ทีมงานพยาบาลและ หัวหน้า
ประชุม RCA อุบัติการณ์ความผิดพลาด วางแผน ออกแบบ และพัฒนาใหม่			↔ ←-→		ทีมงานพยาบาลและ หัวหน้า
ทดสอบ ประเมินผล และประกาศใช้			↔ ←-→	-----→	ทีมงานพยาบาลและ หัวหน้า

↔ วางแผนงาน

←-→ ปฏิบัติจริง

5. ผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ (ในรูปแบบตารางหรือกราฟ) (10)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (1 มีนาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564)			
		ก่อน ดำเนินการ	หลัง		
			ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3
ไม่พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการจัดเก็บ สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย	0 ครั้ง	1	1	1	0

6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

6.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient care process) ในขั้นตอนการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย จากการปรับปรุงวิธีการทำงานไม่พบอุบัติการณ์ความผิดพลาด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาที่ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการบริการ และเกิดประโยชน์สูงสุดในกระบวนการรักษาพยาบาล

6.2 จัดทำแนวปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยแสดงเป็น FLOW CHART แผ่นภาพที่ง่ายในการสื่อสารสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

7. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

ทีมงานมีการสื่อสารการปรับปรุงวิธีการทำงาน FLOW CHART แผ่นภาพ ในรูปแบบเอกสาร (paper) ไฟล์เอกสารผ่านกลุ่ม LINE ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบเพื่อปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทีมงานมีการสุ่มตรวจการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทุกสัปดาห์ มีการติดตามผลจากข้อร้องเรียน สมุดบันทึกประจำวัน และกลุ่ม

8. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ (5)

8.1 การใช้เทคนิคการทำ Root Cause Analysis (RCA) มาพัฒนาคุณภาพงาน

8.2 ทีมงานเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ จากการใช่วงจรคุณภาพ PDCA และใช้หลักการ 4M 1E เป็นกลุ่มปัจจัย (Factors) เพื่อนำไปสู่การแยกแยะสาเหตุต่าง ๆ

9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

โครงการนี้ได้ขยายผลนำไปใช้ในหน่วยตรวจโรคฉุกเฉินและหน่วยรูดูอาการ งานการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

o Alteration of consciousness = ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของอาการนี้ เป็นไปได้ตั้งแต่ตื่นน้อยไปจนถึงมากดังนี้ คือ drowsy, stupor , semi coma, coma ตามลำดับ

o Hemolysis = การแตกของเซลล์เม็ดเลือดแดง o Tube = ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ o ใบสรุป Specimen = ใบสรุปจากระบบคอมพิวเตอร์ สำหรับก่อนทำการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

o ข้อควรจำ นำเลือดใส่ Tube ตามลำดับ ดังต่อไปนี้ Blood culture > Na Citrate (จุลสีฟ้า) > Clot blood (จุลสีแดง) > Lithium Heparin (จุลสีเขียว) > EDTA (จุลสีม่วง) > NaF (จุลสีเทา) เป็นลำดับ



ขั้นตอนการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามธิบดี



1.รับคำสั่งจากแพทย์ในการเจาะเลือดผู้ป่วยโดยดูจากเอกสารคำสั่งแพทย์



2.Key คำสั่งแพทย์เพื่อพิมพ์ใบ Lab โดยใช้เครื่องอ่าน Scan Barcode HN จากแฟ้มเอกสารของผู้ป่วย



****ควรเคลียร์หน้าจอก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันข้อมูลผู้ป่วยรายก่อนค้างในระบบ****

3. ตรวจทานหน้าจอสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วย อีกครั้ง โดยพยาบาลที่พิมพ์ใบส่งตรวจและพิมพ์ Sticker barcode ทวนสอบรายการส่งตรวจ และชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วยทุกแผ่น ให้ตรงกับคำสั่งแพทย์ และลงชื่อผู้ทวนสอบบน Sticker barcode ทุกแผ่น



ก่อนมอบหมายให้พยาบาลเจาะเลือด



7. นำLab ที่ได้รับการตรวจสอบส่งแก่เจ้าหน้าที่ธุรการ (Clerk) โดย Clerk ตรวจสอบภาชนะที่บรรจุสิ่งส่งตรวจให้มีรายชื่อพยาบาลจำนวน 2คนบน Sticker barcode ทุกภาชนะก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ (กรณี Lab Fast Track ให้แจ้ง Clerk ทันที เพื่อติดอักษร F ที่ Tube ก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ)



6. หลังเจาะเลือดเสร็จนำเลือดใส่ Tube โดยเลือดต้องมีปริมาณที่เพียงพอตามที่ระบุไว้ที่ Tube แต่ละชนิดของ Tube (ระวัง Hemolysis)



5. ก่อนเจาะเลือด สอบถามชื่อ สกุล ของผู้ป่วย รวมถึงข้อห้ามในการทำหัตถการแขนข้างที่จะเจาะเลือด (ในกรณี ผู้ป่วย Alteration of consciousness ให้ทวนสอบชื่อ สกุลของผู้ป่วยจากป้ายชื่อมือ หรือสอบถามจากญาติผู้ป่วย)



4.พยาบาลที่เจาะเลือดทวนสอบ Sticker barcode ทุกแผ่นให้มีข้อมูลชื่อ สกุล HN ตรงกับผู้ป่วย และลงชื่อผู้ทวนสอบบน Sticker barcode ทุกแผ่น ก่อนนำไปติดบนภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ ติดให้ถูกชนิดของภาชนะ และเจาะเลือดให้ถูกคน



ขั้นตอนการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ

1. พยาบาลรับคำสั่งจากแพทย์ในการเจาะเลือดผู้ป่วยโดยดูจากเอกสารคำสั่งแพทย์
2. Key คำสั่งแพทย์เพื่อพิมพ์ใบ Lab โดยใช้เครื่องอ่าน Scan Barcode HN จากแฟ้มเอกสารของผู้ป่วย

****ควรเคลียร์หน้าจอก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันข้อมูลผู้ป่วยรายก่อนค้างในระบบ****

3. ตรวจสอบหน้าจอสรุปรายการส่งตรวจของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยพยาบาลที่พิมพ์ใบส่งตรวจและพิมพ์ Sticker barcode ทวนสอบรายการส่งตรวจ และชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วยทุกแผ่น ให้ตรงกับคำสั่งแพทย์ และลงชื่อผู้ทวนสอบบน Sticker barcode ทุกแผ่น ก่อนมอบหมายให้พยาบาลเจาะเลือด
4. พยาบาลที่เจาะเลือดทวนสอบ Sticker barcode ทุกแผ่นให้มีข้อมูลชื่อ สกุล HN ตรงกับผู้ป่วย และลงชื่อผู้ทวนสอบบน Sticker barcode ทุกแผ่น ก่อนนำไปติดบนภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ ติดให้ถูกชนิดของภาชนะ และเจาะเลือดให้ถูกคน
5. ก่อนเจาะเลือด สอบถามชื่อ สกุล ของผู้ป่วย รวมถึงข้อห้ามในการทำหัตถการแขนของผู้ป่วยข้างที่จะเจาะเลือด (ในกรณี ผู้ป่วย Alteration of consciousness ให้ทวนสอบชื่อ สกุลของผู้ป่วยจากป้ายข้อมือ หรือ สอบถามจากญาติผู้ป่วย)
6. หลังเจาะเลือดเสร็จแล้ว นำเลือดใส่ Tube โดยเลือดต้องมีปริมาณที่เพียงพอตามที่ระบุไว้ที่ Tube แต่ละชนิดของ Tube (ระวัง Hemolysis)
7. นำ Lab ที่ได้รับการตรวจสอบส่งแก่เจ้าหน้าที่ธุรการ (Clerk) โดย Clerk ตรวจสอบภาชนะที่บรรจุสิ่งส่งตรวจให้มีรายชื่อพยาบาลจำนวน 2 คน บน Sticker barcode ทุกภาชนะก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ (กรณี Lab Fast Track ให้แจ้ง Clerk ทันที เพื่อติดอักษร F ที่ Tube ก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ)

หมายเหตุ

- o Tube = ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ
- o Alteration of consciousness = ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของอาการนี้ เป็นไปได้ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงมากดังนี้ คือ drowsy, stupor , semi coma, coma ตามลำดับ
- o Hemolysis = การแตกของเซลล์เม็ดเลือดแดง
- o **ข้อควรจำ**_กรณีที่ต้องเจาะเลือดใส่ Tube หลายชนิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนทางชีวภาพและสารเคมี มีความจำเป็นต้องนำเลือดใส่ Tube ตามลำดับ ดังต่อไปนี้ Blood culture > Na Citrate (จุกสีฟ้า) > Clot blood (จุกสีแดง) > Lithium Heparin (จุกสีเขียว) > EDTA (จุกสีม่วง) > NaF (จุกสีเทา) เป็นลำดับสุดท้าย เพื่อให้ NaF ไปรบกวนการตรวจสอบสารชนิดอื่น ๆ เช่น Potassium เป็นต้น