



SP-LED-๐๐๕-๐๐


ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure)
เรื่อง
การตรวจประเมินภายใน

โรงพยาบาลเชาคิณฑกุล จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	ว.ด.ป.
ผู้จัดทำ	นายศักดิ์นรินทร์ ทลิมาเจริญ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)		1๐ ส.ค. 2562
ผู้ทบทวน	นางสาวบุษบา ประสมผล (หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน)		1๐ ส.ค. 2562
ผู้อนุมัติ	นายแพทย์สมยศ พนธารธา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)		1๐ ส.ค. 2562

สำเนาฉบับที่ A(๑)

เอกสาร. [/] ควบคุม [] ไม่ควบคุม

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๓ จาก ๑๕
	เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน		เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

๑. วัตถุประสงค์

มาตรฐานการปฏิบัติงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินภายใน เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น และสอดคล้องตามข้อกำหนด

๒. ขอบเขต

ใช้สำหรับตรวจประเมินภายในของระบบการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาล เขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรีเท่านั้น

๓. ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางและดำเนินการตรวจประเมินภายในโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนด

๔. คำจำกัดความ

ตัวแทนคณะกรรมการบริหาร หมายถึง ตัวแทนของผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง ให้ทำหน้าที่จัดการระบบการจัดการให้เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

การตรวจประเมินภายใน หมายถึง การตรวจสอบโดยการตรวจติดตามที่ผู้ตรวจ(Auditor) เป็นบุคลากรขององค์กรเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ฝ่ายบริหารทราบว่ากิจกรรมต่างๆ ในระบบคุณภาพที่จัดสร้างขึ้นมาถูกนำไปปฏิบัติอย่างสอดคล้องตามข้อกำหนดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ และช่วยให้มีโอกาสในการปรับปรุงและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

ผู้ตรวจประเมิน (Auditor) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตรวจประเมินในคณะผู้ตรวจประเมินภายในของโรงพยาบาล

ผู้รับการตรวจประเมิน (Auditee) หมายถึง ผู้ที่รับการตรวจประเมินภายในจากคณะผู้ตรวจประเมินภายในของโรงพยาบาลการเป็นไปตามข้อกำหนด (Conformity: C) หมายถึง สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจประเมินสอดคล้องกับเกณฑ์ที่ระบุไว้

การไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Nonconformity: NC) หมายถึง สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจประเมินไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ระบุจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำขึ้นอีก
ข้อสังเกต (Observation : OBS) หมายถึง สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจประเมินแม้จะไม่ใช่การไม่เป็นไปตาม

๕. วิธีปฏิบัติ

หน่วยงานมีการตรวจติดตามคุณภาพภายในเพื่อติดตามว่าระบบคุณภาพที่ใช้อยู่มีประสิทธิภาพซึ่งผู้ทำหน้าที่ตรวจติดตามต้องผ่านการอบรมหลักสูตรISO ๙๐๐๑ หรือหลักสูตรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และเป็นบุคลากรจากงานที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานที่ตรวจติดตาม ทั้งนี้เพื่อให้การตรวจติดตามนั้นเป็นกลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดการตรวจติดตามนี้จะดำเนินการอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้งและสามารถจัดให้มีการตรวจติดตามนอกแผนได้ในกรณีต่างๆ ต่อไปนี้ เช่น



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๔ จาก ๑๕
เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน			เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

- เมื่อมีลูกค้าร้องเรียน
- เมื่อพบปัญหาในการทำงาน
- เมื่อพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
- เมื่อพบปัญหาซ้ำจากการตรวจติดตามครั้งก่อน
- เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบ
- และกรณีอื่นๆ ตามมติที่ประชุมหรือที่คณะกรรมการ เห็นสมควร

๕.๑ ขั้นตอนการเตรียมการ

๕.๑.๑ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานตรวจประเมินภายในแจ้งกำหนดการตรวจประเมินภายในให้กับแต่ละฝ่าย/ แผนก ทราบล่วงหน้า

๕.๑.๒ กำหนดวันที่ตรวจติดตามคุณภาพภายใน และคณะผู้ตรวจติดตาม ซึ่งประกอบด้วยผู้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าผู้ตรวจติดตามและทีมงานคณะผู้ตรวจติดตาม ในกรณีที่ต้องใช้ผู้ตรวจติดตามจากภายนอก คณะกรรมการจะเป็นผู้ประสานงาน

๕.๑.๓ คณะกรรมการเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการตรวจติดตามคุณภาพภายใน (FM-LED-๐๑๒) ซึ่งบอกถึงผู้ตรวจติดตามและกลุ่มงานที่รับการตรวจติดตาม

๕.๑.๔ คณะกรรมการเสนอแผนการตรวจติดตามต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่ออนุมัติ หากมีเหตุจำเป็นที่ส่งผลให้ไม่สามารถ ดำเนินการตามแผนฯได้ คณะกรรมการบันทึกเหตุผลความจำเป็นลงในแผนการตรวจติดตามคุณภาพ

๕.๑.๕ คณะกรรมการ สรรหาและประเมินคุณสมบัติของผู้ตรวจติดตามในแต่ละกิจกรรมตาม (FM-LED-๐๑๓)

๕.๑.๖ และขึ้นทะเบียนรายชื่อผู้ตรวจติดตามเพื่อใช้เป็นข้อมูลในปัดไป (FM-LED-๐๑๔)

๕.๑.๗ คณะกรรมการ จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ตรวจติดตามให้กับผู้ตรวจติดตามได้แก่ คู่มือคุณภาพ วิธีการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจติดตามและกำหนดการตรวจติดตาม (FM-LED-๐๑๕) ให้คณะผู้ตรวจติดตามก่อนกำหนดการตรวจติดตามอย่างน้อย ๑๐ วัน

๕.๑.๘ คณะผู้ติดตามจัดทำ แบบบันทึกผลการตรวจติดตาม (Check List) (FM-LED-๐๑๖) ในแต่ละกิจกรรมที่จะทำการตรวจติดตามในพร้อมก่อนการตรวจติดตาม

๕.๒ ขั้นตอนการตรวจติดตาม

๕.๒.๑ การเปิดประชุม (Opening Meeting)

๕.๒.๑.๑ องค์กรประชุมประกอบด้วยคณะผู้ตรวจติดตาม ผู้บริหารสูงสุด ผู้รับการตรวจติดตามของกลุ่ม/ฝ่ายรับการตรวจติดตาม ผู้เข้าประชุมลงชื่อการเข้าประชุม

๕.๒.๑.๒ หัวหน้าผู้ตรวจติดตาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการตรวจติดตาม ผู้ตรวจติดตามและผู้รับการตรวจติดตาม

๕.๒.๑.๓ แจ้งกำหนดการตรวจติดตามอย่างเป็นทางการ และขอปรึกษากำหนดการตรวจติดตามกับผู้รับการตรวจติดตาม เพื่อเห็นชอบและดำเนินการตามเวลาที่กำหนด



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๕ จาก ๑๕
เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน			เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

๕.๒.๒ การตรวจติดตามในแต่ละข้อกำหนด

๕.๒.๒.๑ ผู้ตรวจติดตามดำเนินการตรวจติดตาม

๕.๒.๒.๒ บันทึกผลการตรวจติดตามในแบบบันทึกการตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Check List) (FM-LED-๐๑๖) ในกรณีที่พบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน บันทึกข้อบกพร่อง ดังนี้ การเป็นไปตามข้อกำหนด (Conformity : C), การไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Nonconformity :NC) หรือข้อสังเกต (Observation: OBS)

๕.๒.๒.๓ ดำเนินการเขียนข้อบกพร่องในการตรวจติดตามคุณภาพภายในพร้อมระบุถึงสาเหตุของข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ตามแบบฟอร์ม (FM-LED-๐๑๗)

๕.๒.๓ การปิดประชุม (Closing Meeting)

๕.๒.๓.๑ องค์กรประชุมประกอบด้วยคณะเดิมที่เข้าประชุมการเปิดประชุม (Opening Meeting) ผู้เข้าประชุมลงชื่อการเข้าประชุม

๕.๒.๓.๒ ผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน ทำการแจ้งให้ผู้รับผิดชอบพื้นที่ที่ถูกตรวจติดตามทราบถึงข้อบกพร่องที่พบ ลงนามรับทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขและระยะเวลาการแก้ไข

๕.๒.๓.๓ ผู้ตรวจติดตามและผู้ถูกตรวจติดตามร่วมประชุมปิดการตรวจติดตาม ตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้รับมอบหมาย

๕.๓ ขั้นตอนการการแก้ไขข้อบกพร่อง

๕.๓.๑ คณะกรรมการสรุปข้อบกพร่องที่ได้จากการตรวจติดตามภายใน ตามแบบฟอร์ม (FM-LED-๐๑๘) และจัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้รับจากการตรวจประเมิน


๕.๓.๒ คณะกรรมการมอบหมายให้มีผู้ตรวจติดตาม ดำเนินการติดตามผลการแก้ไข และป้องกันตามระยะเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งบันทึกผลการติดตามผลการแก้ไขและป้องกัน

- กรณีผลการติดตามประเมินผลไม่มีประสิทธิผลคณะกรรมการ ติดตามผลการแก้ไขขยายเวลาในการแก้ไขปัญหาตามระยะเวลาที่เหมาะสม และเมื่อครบกำหนดการขยายระยะเวลาการแก้ไขปัญหาแล้ว ผลการติดตามประเมินผลไม่มีประสิทธิผล ให้ปฏิบัติการแก้ไขซ้ำสำหรับปัญหาเดิม (F-QP-๐๗/๖)

- กรณีการติดตามประเมินผล มีประสิทธิผลสามารถกำจัดปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก ผู้ตรวจติดตาม เสนอผลตรวจติดตามต่อคณะกรรมการ และให้คณะกรรมการอนุมัติผลการแก้ไข แล้วแจ้งในผู้ตรวจติดตาม Auditor ทราบสถานะการแก้ไข

๕.๓.๓ เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการให้คณะกรรมการ ทำการสรุปผลการดำเนินการเข้าที่ประชุม ทบทวนประจำปี เพื่อป้องกันปัญหาในกรณีที่ปัญหาที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพ

หมายเหตุ: การตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอกให้มีแนวปฏิบัติในการแก้ไขข้อบกพร่องตามเอกสารฉบับนี้

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๖ จาก ๑๕
	เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน			เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

๖. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

ผลการประเมินตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

๗. เอกสารอ้างอิง


มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี ๒๕๖๒

๘. ภาคผนวก


- ๘.๑ FM-LED-๐๑๒-๐๐ เรื่อง แผนการตรวจติดตามภายใน
- ๘.๒ FM-LED-๐๑๓-๐๐ เรื่อง ประเมินคุณสมบัติของผู้ตรวจติดตาม
- ๘.๓ FM-LED-๐๑๔-๐๐ เรื่อง ทะเบียนรายชื่อผู้ตรวจติดตาม
- ๘.๔ FM-LED-๐๑๕-๐๐ เรื่อง กำหนดการตรวจติดตามภายใน
- ๘.๕ FM-LED-๐๑๖-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกผลการตรวจติดตามภายใน
- ๘.๖ FM-LED-๐๑๗-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้ข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตาม

ข้อกำหนด

- ๘.๗ FM-LED-๐๑๘-๐๐ เรื่อง แบบฟอร์มสรุปรายงานการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๗ จาก ๑๕
	เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน		เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร

ภาคผนวก

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๙ จาก ๑๕
	เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน		เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธธา

๘.๒ FM-LED-๐๑๓-๐๐ เรื่อง ประเมินคุณสมบัติของผู้ตรวจติดตาม



โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ หรือ โรงพยาบาลศิริราชหรือโรงพยาบาล	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ โรงพยาบาลศิริราช	๑๐/๐๓/๖๒	๐๑

ประเมินคุณสมบัติของผู้ตรวจติดตาม

ผู้วิพากษ์.....
 ประเมิน.....
 หน่วยงาน.....
 ประวัติการดำเนินงานและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา.....

ประวัติการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน	สถานะ	วันที่เริ่มใช้

ผลการประเมิน

- ผ่าน
- ไม่ผ่าน

เหตุผลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

.....

ผู้ประเมิน.....

(.....)

.....



ระเบียบปฏิบัติ		ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๑ จาก ๑๕	
		เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน	เลขที่ SP-LED-๐๐๕-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธราธา

๘.๔ FM-LED-๐๑๕-๐๐ เรื่อง กำหนดการตรวจติดตามภายใน



ชื่อ/เลขประจำตัว เรื่อง กำหนดการตรวจติดตามภายใน	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลราชชะบุลย์ จันทบุรีจันทบุรี	๐๖/๐๓/๒๐๒๒	๐๕

กำหนดการตรวจติดตามภายในตามมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ โรงพยาบาลราชชะบุลย์ จันทบุรีจันทบุรี

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒

- ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. บริการคลินิกการตรวจติดตามภายใน (LED) (๑๕๐๐) กับผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. การตรวจติดตามที่ ๑ ระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยระบบบริหารคุณภาพ
- การตรวจติดตามที่ ๒ ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
- ๐๙.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. กิจกรรมปลอดสารอันตรายทางชีว
- ๑๐.๐๐ - ๑๑.๓๐ น. การตรวจติดตามที่ ๓ ระบบความปลอดภัย
- การตรวจติดตามที่ ๔ ระบบสิ่งแวดล้อม
- ๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. บริการคลินิกการตรวจติดตามภายใน
- ๑๒.๐๐ - ๑๒.๓๐ น. บริการคลินิกการตรวจติดตามภายใน


วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๒

- ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. บริการคลินิกการตรวจติดตามภายใน (LED) (๑๕๐๐) กับผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. การตรวจติดตามที่ ๕ ระบบการ
- การตรวจติดตามที่ ๖ ระบบงานที่รองรับบุคลากร
- ๐๙.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. กิจกรรมปลอดสารอันตรายทางชีว
- ๑๐.๐๐ - ๑๑.๓๐ น. การตรวจติดตามที่ ๗ ระบบการ
- ๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. บริการคลินิกการตรวจติดตามภายใน
- ๑๒.๐๐ - ๑๒.๓๐ น. บริการคลินิกการตรวจติดตามภายในกับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

รายชื่อกรรมการตรวจประเมิน

คณะผู้ตรวจติดตาม

- ๑. หัวหน้าคณะผู้ตรวจติดตาม
- ๒. คณะผู้ตรวจติดตามที่ ๑
- ๓. คณะผู้ตรวจติดตามที่ ๒

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๒ จาก ๑๕
	เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน			เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

๘.๕ FM-LED-๐๑๖-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกผลการตรวจติดตามภายใน



FM-LED-๐๑๖-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกผลการตรวจติดตาม	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร	๒๕๖๒/๐๐๐๑	๑๕


ชั้นที่คณะกรรมการติดตาม

วันที่ตรวจติดตาม :
 ที่ตรวจติดตาม :
 ผู้ตรวจติดตาม :
 ผู้อำนวยความสะดวกให้กรรมการตรวจติดตาม :


ที่	กิจกรรมตามตาราง	จัดทำแผน ที่เรียบร้อย	ผลการ ตรวจ		เอกสารอ้างอิง	ข้อคิดเห็น จากผู้ประเมิน
			มี	ไม่มี		

ชื่อ :
 (.....)

 ผู้อำนวยการ

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๓ จาก ๑๕
	เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน		เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

**๘.๖ FM-LED-๐๑๗-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้
ข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด**

	FM-LED-๐๑๗-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้ ข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด	รับประกาศใช้	นพ.ไชยศักดิ์
	โรงพยาบาลราชภัฏจันทรเกษม	๑๐/๓/๖๒	๑๕

แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้ข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

นางสาวสมศรี นามศิริ ศึกษานิเทศก์ชำนาญการพิเศษ เป็นผู้อำนวยการศึกษานิเทศก์
 ศึกษานิเทศก์ชำนาญการพิเศษ
 ผู้ตรวจวิเคาระห์งาน
 ผู้ประเมินงานที่ได้รับมอบหมายจากศึกษานิเทศก์
 รายละเอียดที่กำกับ

รายงานผลการที่พบ : มีข้อบกพร่อง ไม่มีข้อบกพร่อง
 ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ :

ข้าพเจ้าในฐานะ ศึกษานิเทศก์และผู้บริหารของโรงเรียนได้รับแจ้งข้อบกพร่องตามที่ระบุไว้ โดยขอแก้ไขข้อบกพร่องให้ถึง
 ความสมบูรณ์ตามที่กำหนดและขอแจ้งให้ศึกษานิเทศก์พิจารณารับทราบการแก้ไขข้อบกพร่องในวันถัดไป

ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้ตรวจวิเคาระห์งาน
 (.....) (.....)



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๔ จาก ๑๕
เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน			เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

สารบัญชิตำงานที่ลงที่งักไม่เป็เน็ตามจ็องกัจากเลข SP-LED-๐๐๕-๐๐
 เป็การคุมขอรั้งบภพว่สง :

การปฏิบัติกำงานใหม่ :


เลขาทางบ็องคัณ :

ผู้ปฏิบัติกำงานใหม่
 (.....)

การตรวจศึกคามการบคัโขงบภพว่สง

- จ็องบภพว่สงได้ศึกคามการบคัโขงบภพว่สงบ็องคัณ
- จ็องบภพว่สงไม่ศึกคามการบคัโขงบภพว่สงบ็องคัณ ให้ศึกคามการบคัโขงบภพว่สงบ็องคัณ

ผู้ตรวจศึกคาม
 (.....)

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๕ จาก ๑๕
	เรื่อง	การตรวจประเมินภายใน		เลขที่	SP-LED-๐๐๕-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

๘.๗ FM-LED-๐๑๘-๐๐ เรื่อง แบบฟอร์มสรุปรายงานการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด



วัตถุประสงค์ของเอกสารนี้คือ เพื่อแจ้งระเบียบการตรวจประเมินภายใน ของโรงพยาบาล Kasornchai Hospital โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๒	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
10/03/2019 ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	๑๐/๐๓/๒๕๖๒	๑๐

รายงานการตรวจประเมินการไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของโรงพยาบาล Kasornchai Hospital
 ครอบคลุมวันที่ ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๒

ที่	ข้อกำหนด	การไม่เป็นไปตามข้อกำหนด	ค่าความรุนแรง น้ำหนักคะแนน	ผู้รับผิดชอบ

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล