

นโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ปี ๒๕๖๙
(Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC)

๑. ขอบข่าย

เนื่องจาก ระบบยาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีความเกี่ยวเนื่องกันทั้งโรงพยาบาล
ดังนั้น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของโรงพยาบาลนาตาลจึงได้มีการกำหนดนโยบายด้าน
ยาขึ้น

อันประกอบด้วยนโยบายหลัก ๓ ด้าน ได้แก่

๑. นโยบายการคัดเลือกและจัดซื้อยา
๒. นโยบายการจัดการด้านยา
๓. นโยบายความปลอดภัยด้านยา

๒. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ประกอบด้วยผู้แทนจากสาขาวิชาชีพ ได้แก่

๑. นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล	ประธานกรรมการ
๒. นางรัญญา มังคละพลัง	เภสัชกรชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๓. นายชุตีเทพ ธนวัฒน์โกฏี	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๔. นางกัญทิมา เรืองแสน	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๕. นายจักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖. นางสาวศิริพร หินชุย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๗. นางสาวดารณี พาใบศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๘. นางสาวนันท์นภัส ปิติโชคโกคินท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๙. นางสุจิตรา ศรีสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวชมพุกัทร สำราญรื่น	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวอรุณี ศรศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางจุฑาทิพย์ วิลามาศ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวนภาลย์ เจริญท้าว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔. นายดำรงเดช สิ้นภัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๕. นางนิภาพรณ แสงงาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๖. นายสิทธิพล นามเดช	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๑๗. นางสาวพิษณุพันธ์ จันทรา	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๘. นางสาวพัชรา สมด้ว	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๓.๑ คณะกรรมการ PTC ประชุมเพื่อกำหนดนโยบาย ติดตาม แก้ไขปัญหา ทุก ๖ เดือนและ
เพิ่มเติม แล้วแต่กรณี

๓.๒ กำหนดนโยบายด้านยา ให้เป็นแนวทางการดำเนินงานซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถ
นำไป ปฏิบัติได้จริง

๓.๓ ชี้แจงให้หน่วยงานที่รับผิดชอบรับไปปฏิบัติ

๓.๔ ติดตามการดำเนินของระบบ รับทราบปัญหา และนำเรื่องเข้าสู่การประชุมครั้งต่อไปเพื่อ
หาข้อแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

๔. นโยบายด้านยา

๔.๑ นโยบายการคัดเลือกและจัดซื้อยา ประกอบด้วย

๔.๑.๑ การคัดเลือกยา

๔.๑.๒ การจัดซื้อยา

● ๔.๑.๑ การคัดเลือกยา

๑. กรอบบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๓๗๕ รายการ (ED:NED = ๙๐:๑๐) โดย ๑ รายการยา หมายถึงยา ๑ รูปแบบ และ ๑ ความแรง

๒. รายการยาที่มีชื่อสามัญเดียวกัน จะคัดเลือกเพียง ๑ บริษัท (ไม่มีการใช้ยาแบบ Original + Local made)

๓. นำเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล และจัดทำบัญชียาในโรงพยาบาลปีละ ๑ ครั้ง หรือ แล้วแต่ความจำเป็นเร่งด่วน

๔. การคัดเลือกรายการยาพิจารณาจากความจำเป็นในแต่ละกลุ่มโรค อ้างอิงบัญชียาหลัก แห่งชาติ, ข้อมูลยาตามหลักฐานทางวิชาการ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๕. การพิจารณารายการยาใหม่เข้าบัญชียาโรงพยาบาล จะคำนึงถึง

- ประสิทธิภาพของตัวยาต่อการรักษาโรค
- ความปลอดภัยของยา
- ราคาที่เป็นธรรมและเหมาะสม หรือ จากผลการพิจารณาจัดซื้อยาร่วมระดับ จังหวัด/เขต

๖. การพิจารณารายการยาตัดออกจากโรงพยาบาล โดยคำนึงถึง

- อัตราการใช้ยา โดยเฉพาะรายการยา dead stock
- แนวทางการรักษา รวมถึงการพิจารณารายการยาอื่นทดแทน
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Event) ทั้งจาก อาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยาและอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาที่มีปัญหาพ้องรูป พ้องเสียง (Look alike Sound alike)
- สถานการณ์การควบคุมยา เช่น ยาควบคุมพิเศษ ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาท หรือ โครงการพิเศษเช่น โครงการ RDU หรือ service plan เป็นต้น

● ๔.๑.๒ การจัดซื้อ/จัดหา ยา

๑. ดำเนินการจัดซื้อตามกฎหมาย/ระเบียบว่าด้วยการพัสดุของสำนักงานรัฐมนตรี

๒. การจัดซื้อต้องคำนึงถึงรูปแบบ/ ลักษณะของยา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความ คลาดเคลื่อนทางยาให้มากที่สุด (ยกเว้นกรณีจัดซื้อร่วมจังหวัด / เขต)

๔. พิจารณาชื่อยาตามชื่อสามัญทางยา (Generic name) จากบริษัทยาที่ผ่านมาตรฐาน GMP คุณภาพยาเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด มีผลการวิเคราะห์ในทุกขั้นตอนการผลิต และ ราคาเหมาะสม ไม่เกินราคากลาง

๕. มีแนวทางจัดซื้อยาเวลาเร่งด่วน ซึ่งครอบคลุมถึง - แนวทางปฏิบัติการจัดการยาที่ขาดจำหน่ายชั่วคราว/ยกเลิกการจำหน่าย

๖. ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

- จัดซื้อยารวมเขต/ จังหวัด ประมาณร้อยละ ๒๐ ของงบประมาณจัดซื้อยาหรือ ตามที่กระทรวงกำหนดในแต่ละปีงบประมาณ
- จัดซื้อยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิต/จำหน่าย ตามระเบียบพัสดุฯ
- การสนับสนุนยาโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวง สาธารณสุข ผ่านระบบออนไลน์ เช่นโครงการบริหารคลังยาวัณโรค, โครงการ บริหารคลังยาวัณโรค, โครงการบริหารคลังยาสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV/AIDs การ บริหารยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เช่น ยากลุ่ม Antidote, เซรุ่ม หรือ การบริหารยาโรคหลอดเลือดหัวใจ Clopidogrel เป็นต้น

๔.๒ นโยบายการจัดการด้านยา ประกอบด้วย

๔.๒.๑ การบริหารการจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์เพื่อความปลอดภัย

๔.๒.๒ การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์

๔.๒.๓ การสำรองยา

๔.๒.๔ การกระจายยา

● ๔.๒.๑ การบริหาร การจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์เพื่อความปลอดภัย

มีการกำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ โดย สนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยา ดังนี้

๑. สร้างความเข้มแข็งของ PTC โดยการส่งเสริมให้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้านยา และ เวชภัณฑ์ติดตามกำกับการใช้ยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา โดยมีการ ประชุมทุก ๖ เดือนและเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี

๒. นำแนวคิดเชิงระบบมาประยุกต์ใช้เพื่อค้นหาสาเหตุและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อย่าง ต่อเนื่องในกระบวนการแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

๓. พัฒนาให้เกิดระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำ มาใช้ วิเคราะห์ให้เกิดการเรียนรู้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในอนาคต รวมถึง พัฒนาให้เกิดระบบที่ ตอบสนองต่อความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อบรรเทาผลของความ คลาดเคลื่อน และมีแนวทางในการวิเคราะห์ สาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis) เพื่อวางระบบการป้องกันการเกิดซ้ำ

๔. สร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้เกิด ความปลอดภัยสูงสุดและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นได้

๕. มีการจัดการระบบข้อมูล ทั้งในข้อมูลด้านยาและข้อมูลของผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมให้ มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการแต่ละ สาขาวิชาชีพ และระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้ป่วย

๖. พิจารณานำเทคโนโลยีและบริการต่างๆ มาใช้ในโรงพยาบาล เช่น เทคโนโลยี ระบบสารสนเทศด้าน คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยา

๗. สร้างเสริมให้บุคลากรทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ มีการรักษาดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาดูแลมากขึ้น

● ๔.๒.๒ การจัดเก็บเวชภัณฑ์

๑. จัดเก็บเวชภัณฑ์ด้วยระบบ first out first expire

๒. แยกเก็บเวชภัณฑ์ตามหลักวิชาการ เช่น ยาที่ต้องเก็บโดยควบคุมอุณหภูมิในช่วงต่างๆ เช่น ๒-๘ °C หรือเก็บในตู้เย็น, ๒๕-๓๐°C หรือเก็บที่อุณหภูมิห้อง และยาที่ต้องเก็บให้พ้น แสง ควบคุมความชื้นไม่เกิน ๖๐% เป็นต้น

๓. สนับสนุนระบบการป้องกันยาหมดอายุคือ ทำทะเบียนรายการยาก่อนหมดอายุ ๖ เดือน เช่น หากสามารถแลกเปลี่ยนกับบริษัทยาได้ก็จัดการแลกเปลี่ยน หรือบางกรณีให้ รอส่งกลับคืนบริษัทเมื่อยาหมดอายุแล้ว แต่หากไม่สามารถแลกเปลี่ยนได้ก็ให้เภสัชกร จัดการแลกเปลี่ยนกับโรงพยาบาลอื่น หรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่มีอัตราการ ใช้นั้นๆสูงกว่าหน่วยงานอื่นให้ช่วยใช้ยา Lot นั้นก่อน

๔. แยกเก็บยาที่มีโอกาสสับสนง่ายออกจากกัน เช่น พ้องรูป พ้องเสียง (LASA)

๕. แยกเก็บยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ออกจากยาทั่วไป และทำสัญลักษณ์ให้ ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นความแตกต่างได้ง่าย ในที่นี้จะใช้ป้ายชื่อยากรอบสีแดงเพื่อให้เกิด ความแตกต่างจาก ป้ายชื่อยาทั่วไปซึ่งจะใช้เป็นป้ายชื่อยากรอบสีเขียว

๖. มีระบบควบคุมการเบิกจ่าย การสั่งใช้และการจัดเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ อย่างรัดกุม

● ๔.๒.๓ การสำรองยา

๑. ควบคุมอัตราการสำรองยาในคลังยาไม่เกิน ๓ เดือน

๒. การสำรองยาของหน่วยบริการ ได้แก่ งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน ห้องคลอด ฝ่ายทันตกรรม (ที่ฝ่ายทันตกรรมจัดหาเอง) มีการกำหนดรายการยาช่วยชีวิตและ ปริมาณการสำรองให้สอดคล้องกับแต่ละหน่วยงาน

๓. การสำรองยาของหน่วยบริการอื่นๆที่มีใช้ห้องยา สำหรับใช้ในกรณีที่ห้องจ่ายยาปิด (๒๐.๓๐-๐๘.๓๐ น.) จะมีเฉพาะรายการที่จำเป็น โดยจัดเป็นรถยนต์นอกเวลา ซึ่งกำหนด และทบทวน โดยคณะกรรมการ PTC

๔. ห้องยาจัดยาคืนยาให้รพฯ ตามใบสั่งยาหรือใบ order ยาในวันถัดไปทันที และ ตรวจเช็คยาในรถยนต์นอกเวลาทุกวัน

๕. กลุ่มยาฉุกเฉินจัดแยกในกล่องยา Emergency ใช้วิธีแลกยาทั้งกล่อง เปิดใช้เมื่อไหร่ แลกกล่องใหม่ทุกครั้ง และห้องยาจะเป็นผู้เติมยาใหม่ในกล่อง พร้อมระบุวันหมดอายุ ของกล่อง ตามยาที่อายุสั้นที่สุดในกล่อง โดย Adrenaline แยกเก็บในตู้เย็นเพื่อให้ยา มี อายุยาวนานขึ้นเนื่องจากมีเรทการใช้ที่ต่ำ

๔.๒.๔ การกระจายยา ประกอบด้วย

- แนวทางการสั่งใช้ยา
- แนวทางการเบิก
- จ่าย และจัดเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
- แนวทางการจ่ายยา

๔.๓ นโยบายความปลอดภัยด้านยา ประกอบด้วยระบบความปลอดภัยด้านยาดังต่อไปนี้

- ๔.๓.๑ ระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
- ๔.๓.๒ ระบบการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง
- ๔.๓.๓ ระบบดูแลความต่อเนื่องของการใช้ยา Medication Reconciliation
- ๔.๓.๔ ระบบการดักจับและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
- ๔.๓.๕ ระบบการประเมิน กำกับและติดตามการใช้ยาให้เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล (รายละเอียดตาม

แนวทางการปฏิบัติในระบบยาที่แนบท้าย)

- ๔.๓.๖ การดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการปฏิบัติในระบบยาต่างๆ

ระบบการสำรองยาบนหอผู้ป่วย/ห้องคลอด/ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

แนวทางการดูแลสำรองหอผู้ป่วย

1. รายการยาสำรองบนหอผู้ป่วย/ห้องคลอด/ห้องฉุกเฉิน มีไว้สำหรับใช้ในกรณีที่ห้องจ่ายยาปิดเท่านั้น (๒๐.๓๐ - ๐๘.๓๐ น.) จะมีเฉพาะรายการที่จำเป็น ซึ่งกำหนดและทบทวนโดยแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง โดย จัดเป็นรถยนต์นอกเวลา(ไม่รวมยาแช่เย็น ยาช่วยชีวิตในกล่อง Emergency)
2. การสำรองยา High Alert Drug ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ดึกผู้ป่วยใน ห้องคลอด จะมีการกำหนดรายการยาช่วยชีวิตและปริมาณการสำรองให้สอดคล้องกับแต่ละหน่วยงาน
3. ยาจะบรรจุอยู่ในรูปแบบ Unit dose พร้อมต่อการใช้งาน เมื่อมีการนำยาสำรองมาใช้กับผู้ป่วยต้อง เขียนสั่งยาในชื่อผู้ป่วยเพื่อคืนยาในรถยนต์นอกเวลาทุกครั้ง(จัดคืนในวันถัดไป) กรณีแพทย์มีคำสั่งหยุด ยาและมียาเหลือต้องส่งคืนยาที่เหลือให้ห้องยาทันที หรือในวันถัดไปหากห้องยาปิดทำการแล้ว
4. กล่องยา Emergency เมื่อมีการใช้ยาแล้ว ให้ส่งกล่องกลับไปห้องยาเพื่อให้ห้องยาเติมยาให้ครบตามรายการที่กำหนดหลังจากใช้งานทันที ทั้งนี้เพื่อให้กล่องยาอยู่ในสภาพพร้อมใช้อยู่เสมอ
5. กรณีผู้ป่วยถูกจำหน่าย ต้องคืนยาและสารน้ำที่เหลือทั้งหมดทันที ห้ามเก็บยาที่เหลือไว้สำรองบนหอผู้ป่วย

ระบบการกระจายยา

แนวทางการสั่งใช้ยา

1. ผู้สั่งใช้ยาควรมีข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน (ได้แก่ ชื่อ-สกุล, HN, อายุ, น้ำหนัก, ภาวะ ตั้งครรภ์, ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น) โดยอาจจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากทั้ง OPD Card, HOS XP, Datacenter รวมกับข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วย ประกอบกันทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อให้การสั่งใช้ยา มีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลก็ได้มีการ กำหนดสิทธิและขอบเขตของการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนและในโปรแกรม HOS XP สำหรับ ผู้ที่มีอำนาจหน้าที่เท่านั้น
2. ควรเขียนคำสั่งใช้ยาให้อ่านได้ง่าย หรือใช้ระบบการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์โดยคำสั่งใช้ยาที่สมบูรณ์ ควรเขียนชื่อยา, ความแรง, ขนาด, วิธีการใช้ และจำนวนให้ชัดเจน กรณีห้องยาเปิดทำการ การสั่งยา ผู้ป่วยนอก และห้องฉุกเฉิน ให้สั่งยาผ่าน HosXP ทุกครั้ง เพื่อลดปัญหาการอ่านลายมือไม่ออก ป้องกัน การแพ้ยาซ้ำ และห้องยาสามารถเช็คยาจาก Hos ได้เนื่องจากการยกเลิกใบสั่งยาแบบพิมพ์
3. ไม่ควรออกคำสั่งใช้ยาโดยวาจา ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน และไม่สามารถเขียนคำสั่งใช้ยาหรือพิมพ์คำสั่ง ใช้ยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์โดยคำสั่งใช้ยาจะต้องประกอบด้วยข้อมูลเช่นเดียวกับข้อ ๒ ผู้รับคำสั่งใช้ ยาบันทึกคำสั่งใช้ยาทั้งหมด และทวนคำสั่งซ้ำอีกครั้งให้ผู้สั่งใช้ยาฟัง ผู้สั่งใช้ยาตรวจสอบและยืนยัน คำสั่งเร็วที่สุดเมื่อมีโอกาส โดยไม่ควรเกิน ๒๔ ชั่วโมงนับจากรับคำสั่ง
4. ไม่ควรเขียนคำสั่งใช้ยาที่คลุมเครือหรือคำย่อซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน หากจำเป็นต้อง ย่อต้องใช้คำย่อที่ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการ PTC เท่านั้น

๕. สั่งยาด้วยชื่อสามัญทางยา(Generic Name) เท่านั้น ไม่ควรสั่งยาด้วยชื่อการค้า เช่น ควรเขียน

Salbutamol tab ๒ mg แทนการเขียน Ventolin ๒ mg เป็นต้น

๖. ระบุ Stat dose เมื่อต้องการให้ผู้ป่วยรับยาทันที

๗. ยาบางรายการจะมีการจำกัดการใช้งาน ซึ่งจะสามารถสั่งได้เฉพาะแพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบ งาน ในคลินิกพิเศษเท่านั้น เช่น กลุ่มยาจิตเวช เป็นต้น

แนวทางการจ่ายยาและการกระจายยา

เภสัชกรสามารถเห็นคำสั่งของแพทย์โดยตรง กรณีผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน จะสั่งใช้ยาทางโปรแกรม HOS XP ส่วนผู้ป่วยในและห้องคลอดใช้โปรแกรม KPHIS

- ห้องยา จัดยาให้แก่ผู้ป่วยในแบบ One day dose โดยจะส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยภายในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของทุกวัน

- การจ่ายยา Stat dose ในช่วงระยะเวลาที่ห้องยาเปิด (๐๘.๓๐ น.- ๒๐.๓๐ น.) จะจ่ายยาให้แก่ ผู้ช่วย พยาบาล ก่อนที่จะได้รับยาในรอบปกติตามกรณีดังนี้

๑. เป็นผู้ป่วยที่มี admit ใหม่

๒. ยาที่แพทย์เขียนคำสั่ง stat ไว้อย่างชัดเจน (ได้รับยาภายในเวลา ๑๕ นาที)

๓. ยา Antibiotics (ประกันการได้รับยาภายในเวลา ๑ ชั่วโมง)

- ยาในกล่อง stat มีไว้สำหรับผู้ป่วยที่ admit แล้ว และแพทย์สั่งยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายตัวของผู้ป่วย ได้แก่ Metoclopramide inj, Dimen inj, Tramadol inj ให้พยาบาลเบิกยาคืนกล่องจากการจัดยาเอง โดยห้องยาจะจัดยาตามใบ order sheet ตามปกติ

- แนวทางการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาเอง: จะให้ผู้ป่วยรับประทานยาของผู้ป่วยทั้งหมดตามคำสั่งแพทย์โดยนำถุงยาส่งห้องยา ห้องยาจัดแบบ one day ตามระบบของโรงพยาบาล และ คินยาให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (เภสัชกรทำการทวนยาที่แพทย์ส่งกลับบ้านและยาเดิมผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้)

- ก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วยหรือญาติ(กรณีรับยาผู้ป่วยนอก หรือ รับยาเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย) ต้องสอบถามข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้ง ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อาการที่มาโรงพยาบาล การแพ้ยา โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติตอบเอง (ห้ามถามคำถามนำ) หากเป็นกรณีรับยาโรคประจำตัวเดิม ควรให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีกินยาด้วยตัวเอง ไม่ควรใช้วิธีอธิบายการกินยาโดยเภสัชกรเพียงอย่างเดียวในการจ่ายยา

แนวทางการเบิก - จ่าย และจัดเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

๑. หน่วยจ่ายยาและหอผู้ป่วยที่มีการสำรองยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต้องเก็บยาในตู้หรือลิ้นชักที่มีกุญแจล็อกและมีระบบการเก็บกุญแจ เพื่อไม่ให้เข้าถึงยาได้โดยง่าย

๒. ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ฯ ที่ต้องเขียนใบ ยส.๕ ได้แก่ Morphine ทุกรูปแบบ (inj, Sol, Tab)

๓. การเบิก-จ่าย ต้องมีใบ ยส.๕ ที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาเซ็นชื่อ ระบุจำนวนที่ต้องการเบิก และกรณีเป็นผู้ป่วยที่แพทย์สั่งใช้ยารายเก่า ต้องมี Ampule/Vial หรือขวดยาเก่าของยาที่ใช้แล้วมาขอแลกเบิก ยาด้วยทุกครั้ง พร้อมทั้งลงชื่อผู้รับยาในบัญชีรับจ่ายทุกครั้ง

๔. การทิ้งยาส่วนที่เหลือจากการแบ่งใช้ ต้องมีพยาบาลผู้ใช้อย่างน้อย ๒ คน ร่วมเซ็นชื่อรับทราบในใบ ยส.๕ และมีการส่งต่อจำนวนคงเหลือที่ถูกต้องตามบัญชีทุกเวอร์

ระบบระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Adverse Drug Reaction (ADR)

การเฝ้าระวัง ADR และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

๑. ผู้รับบริการทุกรายต้องได้รับการคัดกรองประวัติการแพ้ยา
๒. ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ผ่านระบบการติดตาม ADR แล้วทุกรายต้องได้รับบัตรแพ้ยาหรือเฝ้าระวังการใช้ยา ในกรณีที่สามารถสืบค้นข้อมูลและประเมินระดับความสัมพันธ์ได้
๓. ผู้ป่วยนอก ที่มีประวัติแพ้ยาทุกรายต้องได้รับการบันทึกประวัติลงใน HosXP และทดสอบการแพ้ยา เดือนการห้ามสั่งยาในตัวที่แพ้ของ HosXP ทุกครั้งเมื่อมีการแก้ไขข้อมูล
๔. ผู้ป่วยใน ที่มีประวัติแพ้ยาทุกรายต้องมีป้ายสีชมพู “ผู้ป่วยแพ้ยา.....” ติดที่หน้า chart ผู้ป่วย และ ห้อยป้ายแพ้ยาที่เตียง

แนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่
๑. แพทย์	ดูประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนสั่งยา หากตั้งใจจะสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้หรือเฝ้าระวังการใช้ยา ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ ให้ระบุให้ชัดเจนในใบนำทาง/ประวัติใน Hos และเตรียมพร้อมรับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด)
๒. พยาบาล	ถามประวัติการแพ้ยา หรือดูประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกรายก่อนการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย หาก พบประวัติการแพ้ยารายใหม่ - กรณีผู้ป่วยนอก ให้ส่งผู้ป่วยมาพบเภสัชกรทุกครั้งเพื่อประเมินการแพ้ยา และบันทึกข้อมูลใน คอมพิวเตอร์ - กรณีผู้ป่วยใน ให้พยาบาลโทรศัพท์แจ้งเภสัชกร ไปสัมภาษณ์ประวัติแพ้ยาและเก็บข้อมูลผู้ป่วย
๓. เภสัชกร	ก่อนจ่ายยา เภสัชกรจะถามประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกราย - หากพบผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา แต่ยังไม่ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เภสัชกรจะสัมภาษณ์และ ดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้สั่งยาที่แพ้ซ้ำ ได้แก่ ๑. บันทึกประวัติแพ้ยาในคอมพิวเตอร์ ๒. ทดสอบการแพ้ยาเดือนและการบล็อกคำสั่งใช้ยาที่แพ้ ๓. สอบถามการแพ้ยาทุกครั้งเมื่อจ่ายยาพร้อมยกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วยดูว่าเคยได้รับบัตรแพ้ยา หรือไม่ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักรู้ของผู้ป่วย - มีระบบการติดตาม ADR แบบ Intensive ADR ในยาสำคัญ เช่น Allopurinol, Digoxin - มีระบบเฝ้าระวัง Trigger tool โดยใช้ยา Antihistamine เป็นตัวจับ

อาการแพ้ยา ให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้หากพบอาการผื่นปกติ ให้รายงาน แพทย์ทันทีและตามเภสัชกรไป เก็บประวัติเพิ่มเติม

๓. กรณีผู้ป่วยใน ให้บริหารยาที่เตียงผู้ป่วยได้เลย และให้ทำการเฝ้าระวังหลังให้ยาโดยวัด V/S ทุก ๑๕ นาทีใน ๓๐ นาทีแรก และ วันซ้ำอีกครั้ง เมื่อครบ ๑ ชั่วโมง หากไม่มีอาการผื่นปกติ ไม่พบอาการแพ้ ยา ให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ หากพบอาการผื่นปกติ ให้รายงานแพทย์ทันทีและตามเภสัชกรไป เก็บประวัติเพิ่มเติม

การเฝ้าระวัง Drug Interaction

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดให้ผู้ป่วยต่อไปนี้ในพ.นาตาลเป็นผู้ป่วยที่ ควร หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน เนื่องจาก อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาแล้วก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

- | | | | |
|-----------------------|----|----------------|---------------------------------|
| ๑. Enalapril | VS | Losartan | : Hyperkalemia |
| ๒. Potassium Chloride | VS | Spironolactone | : Hyperkalemia |
| ๓. Salbutamol | VS | Propranolol | : ทำให้ฤทธิ์ของ Salbutamol หดไป |

Fatal Drug Interaction

Fatal Drug Interaction หมายถึง Drug interaction ที่มีความรุนแรง และอาจก่อให้เกิดถึงแก่ชีวิตได้ ในผู้ป่วยบางราย ดังนั้น คณะกรรมการ PTC จึงกำหนดให้ผู้ป่วยต่อไปนี้เป็นผู้ที่ห้ามใช้

- | | | | |
|----------------------|----|--------------|-----------------------------------|
| ๑. Chlorpromazine | VS | Propranolol | : Arrhythmia, Cardiac arrest |
| ๒. Digoxin | VS | Atenolol | : Digoxin toxicity |
| ๓. Digoxin | VS | Verapamil | : Digoxin toxicity |
| ๔. Ergotamine | VS | Fluoxetine | : ergot toxicity |
| ๕. Ergotamine | VS | Ketoconazole | : ergot toxicity |
| ๖. Ergotamine | VS | Fluconazole | : ergot toxicity |
| ๗. Lithium | VS | HCTZ, NSAIDs | : Lithium toxicity, Arrhythmia |
| ๘. Phenytoin | VS | Dopamine | : Cardiac arrest |
| ๙. Simvastatin | VS | Ritonavir | : Myolysis, Rhabdomyolysis |
| ๑๐. Simvastatin | VS | Lopinavir | : Myolysis, Rhabdomyolysis |
| ๑๑. Simvastatin | VS | Ketoconazole | : Myolysis, Rhabdomyolysis |
| ๑๒. Simvastatin | VS | Erythromycin | : Myolysis, Rhabdomyolysis |
| ๑๓. Simvastatin | VS | Gemfibrozil | : Myolysis, Rhabdomyolysis |
| ๑๔. Simvastatin>๒๐mg | VS | Amlodipine | : Myolysis, Rhabdomyolysis |
| ๑๕. Thioridazine | VS | Fluoxetine | : Thioridazine toxicity, Torsades |

de points

เอกสารอ้างอิง

๑. Drug Interaction Facts ๒๐๐๕ the authority on drug interactions Davids. Tatro.

ระบบการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยากลุ่ม เสี่ยงสูง High Alert Drug (HAD)

แนวทางการจัดการยา HAD

๑. มีการกำหนดรายการยา common HAD ของโรงพยาบาล (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

๒. มีการกำหนดแนวทางการจัดการยา common HAD

๒.๑ การคัดเลือกยา

มีการกำหนดแนวทางในการคัดเลือกรายการ รูปแบบยา HAD เพื่อลดความซ้ำซ้อนและป้องกัน

Medication error ที่อาจเกิดขึ้น

- ยา ๑ รายการ ควรมีเพียง ๑ ความแรง
- มีรูปแบบบรรจุภัณฑ์แตกต่างจากยาตัวอื่นๆ

๒.๒ การสั่งใช้

- งดใช้คำย่อ ยาที่ผสมสารน้ำไม่ควรสั่งยาเป็นสัดส่วนหรืออัตราส่วน ให้ระบุความแรง/ ขนาด/ ปริมาณสารน้ำที่ใช้/ความแรงสุดท้าย และวิธีให้ยาที่ชัดเจน เช่น Dopamine inj ๕๐๐ mg ใน D-๕- W ๕๐๐ ml rate ๓-๖๐ ml/hr. เป็นต้น

- ระบุจำนวนขวดที่ต้องการให้ พร้อมทั้งระบุวิธีการติดตามหลังให้ยาด้วย เช่น สั่งตรวจแลป

Electrolyte หลังให้ยา Potassium Chloride inj ๑๒ hr. เป็นต้น

๒.๓ การจ่ายยา

- เกสซ์กรมีการทบทวนซ้ำคำสั่งใช้ยาและตรวจสอบยา HAD ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง
- มีการติดสัญลักษณ์ (sticker HAD) ที่ขวดยา/ ซองยา ทุกตัวก่อนจ่ายออกจากห้องยา
- แนบใบสรุปการบริหารยา ข้อควรระวังในซองยาทุกครั้ง

๒.๔ การบริหารยา

- การเก็บสำรองยา HAD ให้เก็บยาในตู้เข้าถึงยาก แยกออกจากยาทั่วไป และทำสัญลักษณ์ให้ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นความแตกต่างได้ง่าย เช่น ใช้ปากกาเมจิกสีแดง เขียน HAD ที่หน้าซองยา

- เมื่อมีการสั่งใช้ยา HAD ให้ผู้ปฏิบัติงานติดสติ๊กเกอร์เตือนหน้า chart ผู้ป่วยที่กำลังใช้ยา HAD พร้อมทั้งแนบใบเฝ้าระวังและติดตามการใช้ HAD ตามข้อตกลงของ PTC และเฝ้าระวังตาม แนวทางปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งได้กำหนดไว้ตามลักษณะของยาแต่ละตัว

- มีระบบการตรวจสอบซ้ำในการผสม/ เตรียมยา พร้อมทั้งติดสติ๊กเกอร์ HAD ที่ขวด IV มีป้ายเตือนการใช้ยา HAD ที่ปลายเตียงผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาการให้ยา

- เมื่อมีการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ควรแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติรับทราบว่ากำลังได้รับยา HAD ซึ่งเป็น ยาที่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังติดตามการใช้ยาและอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อธิบายอาการ ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้พร้อมทั้งชวนผู้ป่วยเตือน หากเกิดอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทันที พร้อมชวนผู้ป่วยอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งพยาบาลที่เสาน้ำเกลือตลอดเวลาที่ให้ยา

- กำหนดให้ผู้บริหารยาลงเวลาพร้อมลงลายมือชื่อผู้ให้ยา HAD แบบ Real time

ระบบดูแลความต่อเนื่องของการใช้ยา Medication Reconciliation

นโยบายการดูแลความต่อเนื่องของการใช้ยา

ทีมสหวิชาชีพ ต้องดูแลความต่อเนื่องของการใช้ยาในผู้ป่วยแรกรับในทุกจุดที่ให้บริการ

Medication Reconciliation ผู้ป่วยใน มีลำดับการทำงาน คือ

1. พยาบาลหรือแพทย์ ณ จุดรับ admit ชักประวัติยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องก่อนมาโรงพยาบาล แล้วลงรายละเอียดของรายการยาที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับต่อไว้ที่ฝั่ง Order for continuation ใน โปรแกรม KPHIS หากผู้ป่วยรักษาตัวจาก รพ.อื่น ให้ระบุชื่อ รพ. และ จังหวัดที่ตั้ง ในช่อง progress Note
2. เกสซ์กรทวนประวัติยาเดิม โดยใช้ข้อมูลจาก HosXP, Datacenter หรือ โทรสอบถาม รพ.ต้นทางที่ ผู้ป่วยเคยรับการรักษา เปรียบเทียบรายการยาเดิมและยาใหม่ลงในฟอร์ม Med reconcile ใน HosXP ระบุ สั่งถูก/ไม่ถูก ตามประวัติยาที่สืบค้นได้ ระบุคำสั่งที่ถูกต้องลงไปหากพบว่าแพทย์สั่งยาไม่ ถูก (ยกเว้นกรณีแพทย์ปรับเปลี่ยนยา ให้แพทย์ระบุการปรับเปลี่ยนที่ order โดยใช้ลูกศร ขึ้นเมื่อเพิ่ม ยา ลงเมื่อลดยา หรือค วว่า off/hold หากไม่ต้องการให้บริหารยาต่อ) จากนั้นพิมพ์ฟอร์ม Med rec แนบใบ drug profile ในกรณีผู้ป่วยมี ยาเดิม ให้พยาบาล IPD เป็นผู้ดำเนินการติดตามดูยาเดิมของ ผู้ป่วยมาให้ห้องยาทำการจัดตามคำสั่งแพทย์
3. ห้องยาจัดยาให้ผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ โดย กรณีเป็นประวัติยาของ รพ.เอง หรือ ของ รพ.สต. ใน เครือข่าย ห้องยาจัดยาของ รพ. ให้ผู้ป่วยได้ทันที แต่หากเป็นกรณีผู้ป่วยรับยาที่อื่นและไม่ได้นำยาติด ตัวมา จะต้องรอ ญาตินำยามาให้ห้องยาก่อน และหากไม่สามารถนำยามาให้ได้ จะจัดยาให้เท่าที่ รพ. มียาตามคำสั่งแพทย์
4. เมื่อจะ D/C แพทย์ต้องระบุยาที่จะส่งกลับบ้านอย่างชัดเจน ห้ามเขียนคำว่า “ยาเดิม” โดยเด็ดขาด โดยให้ ระบุชื่อยาที่ต้องการให้ผู้ป่วยใช้ต่อทุกตัว พร้อมระบุจำนวนและวิธีใช้ ในกรณีจำนวนยา สามารถลงได้ว่า ให้ยา ถึงวันนัดและห้องยาจะทำการคำนวณเม็ดยาของผู้ป่วยว่าเหลือพอหรือไม่ จำเป็นต้องให้ยาเพิ่มหรือไม่ แล้วคีย์ ยาใน HosXP ตามระบบ
5. เมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน ให้เกสซ์กรเปรียบเทียบรายการยาเดิมและยากลับบ้านอีกครั้ง หากพบความ ต่างให้ ประสานกับแพทย์รวมถึงชี้แจงรายละเอียดของยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านให้ผู้ป่วยหรือญาติ รับทราบ หากเป็น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาประจำที่โรงพยาบาลมาตลอดอยู่แล้วและนำสมุดประจำตัว ผู้ป่วยติดตัวมาให้เกสซ์กรติด ใบรับยากลับบ้าน(Home Med Records) ที่สมุดประจำตัวผู้ป่วยด้วย เพื่อเป็นการเอื้อต่อการส่งต่อข้อมูลยา สำหรับผู้ป่วยในการรับการรักษาต่อไป รวมทั้งมอบใบ Home Med ให้ผู้ป่วยน าติดตัวไปสำหรับไปรับการ รักษาที่อื่นต่อ

ระบบการดักจับและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error (ME)

ระบบการดักจับและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

๑. ขั้นตอนการคัดเลือก/ จัดซื้อ - จัดหา

๑.๑ โรงพยาบาลคัดเลือกยา ชื่อพ้อง-มอคล้าย ที่มีลักษณะแตกต่างกันอย่างชัดเจน

๑.๒ คัดเลือกและจัดซื้อยาที่มีความแรงตรงกับที่ใช้กับผู้ป่วยใช้บ่อย ๆ เช่น Aspirin เลือกขนาด ๘๑mg เป็นต้น

๒. ขั้นตอนการสั่งใช้ยา

๒.๑ นำระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาสั่งใช้ยาโดยตรง ลดความคลาดเคลื่อนในการอ่านลายมือแพทย์

๒.๒ จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลโดยส่งเสริมให้ใช้ชื่อสามัญทางยาที่ระบุความแรง รูปแบบยาและวิธีใช้ มาตรฐาน

๒.๓ มีระบบเตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ หรือเป็นยาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่น ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้, ยาที่ต้องระวังในผู้ป่วย G-๖-PD, ยาที่มี Fatal drug interaction, การใช้ยาในหญิงมีครรภ์ ข้อบ่งใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา

๒.๔ ใช้ตัวอักษรที่เป็น Tallman letter แยกให้เห็นความแตกต่างในรายการที่มีชื่อพ้อง-มอคล้าย

๓. ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่ง การเก็บรักษา เตรียมยา และกระจายยา

๓.๑ ใช้ KPHIS เพื่อเภสัชกรได้ทบทวนคำสั่งการใช้ยา (IPD) สำหรับ OPD case และห้อง ER เช็กยาจาก HosXP

๓.๒ จัดระบบการกระจายยาบนหอผู้ป่วย แบบ One day dose

๓.๓ พัฒนาระบบการเตรียมยาชนิดที่ไม่ได้ฉีดทันที โดยจัดให้มีการติดฉลากที่ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น วัน เวลา ที่ข้างภาชนะบรรจุส่วนกรณียา multiple dose เช่น Lidocaine, Triamcinolone inj. พยาบาลต้องระบุวันเวลา ที่เปิดใช้ครั้งแรกและวันหมดอายุ

๓.๔ จัดทำบัญชีรายการยาที่ต้องเก็บในอุณหภูมิ ๒-๘ °C สื่อสารและแจกจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ และแนวทางการปฏิบัติเมื่ออุณหภูมิไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อความคงตัวของยา

๓.๕ จัดทำบัญชีรายการยาที่ต้องเก็บแบบป้องกันแสง สื่อสารและแจกจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บรักษาตามแนวทางที่ถูกต้อง

๓.๖ รวบรวมปัญหาจากการใช้ยาที่เจ้าหน้าที่สอบถามบ่อย ๆ มาจัดทำเป็นคู่มือ เช่น ขนาดยาในเด็ก เป็นต้น

๔. ขั้นตอนการจ่ายยา

กรณีการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ก่อนจ่ายยา เภสัชกรจะมีการใช้ Prime Question ให้ผู้ป่วยกล่าวชื่อสกุลตนเอง เพื่อยืนยันตัวของผู้ป่วย ป้องกันการจ่ายยาผิดคน เภสัชกรสอบถามประวัติแพ้ยาผู้ป่วยทุกราย สอบถามอาการที่มารักษาในครั้งนั้น สอบถามโรคประจำตัว เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับกับยาที่แพทย์สั่งจ่าย และจ่ายพร้อมให้คำแนะนำที่ครบถ้วนเพียงพอ

กรณีการจ่ายยาผู้ป่วยใน การจ่ายยาจะใช้รหัสยา One day dose ไปยังแต่ละหอผู้ป่วย พยาบาลที่หอผู้ป่วยตรวจสอบยาในรถของผู้ป่วยแต่ละราย เปรียบเทียบกับ Medication Administration Records (MARs) หรือคำสั่งแพทย์ใน KPHIS หากพบว่ายาที่จ่ายไม่ตรงกับคำสั่งแพทย์หรือพบข้อผิดพลาด พยาบาลจะประสานกับเภสัชกรเพื่อแก้ไข และเมื่อแลกเปลี่ยนรถยากลับมา ที่ห้องจ่ายยา เภสัชกรจะมีการตรวจสอบยาที่

เหลือในรถ ถ้าหากมียาเหลือคืนมาโดยที่แพทย์ยังไม่มีคำสั่งหยุด เกสซ์กรจะประสานกับพยาบาลเพื่อแก้ไข ปัญหา หากผู้ป่วยในกลับบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติจะมารับยาที่ห้องยาเอง เกสซ์กรสอบถามประวัติแพ้ยาผู้ป่วย ทุก ราย สอบถามอาการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ สอบถามโรคประจำตัว เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ระหว่างยาที่ ผู้ป่วยได้รับกับยาที่แพทย์สั่งจ่าย และจ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำที่ครบถ้วน

๕. ขั้นตอนการบริหารยา

๕.๑ การเตรียมยา

- กรณียาฉีด ผู้เตรียมยาจะติดป้ายชื่อผู้ป่วย ขนาดยา วิธีบริหารยาที่กระบอกฉีดยา มีระบบการ ตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลอีกคน
- กรณียาเม็ดหรือยาน้ำ มีการระบุ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย, เติ่ง, HN ที่ภาชนะเตรียมจ่าย และมีการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลอีกคน

๕.๒ การบริหารยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามผู้ป่วยและต้องให้ผู้ป่วย ระบุชื่อตนเอง พยาบาล สอบถาม ข้อมูลการแพ้ยา โรคหรืออาการที่มารับการรักษาครั้งนี้ และโรคประจำตัวทุกครั้ง พยาบาลผู้บริห ารยาลงเวลาพร้อมลงลายมือชื่อผู้ให้ยา

๕.๓ พัฒนาระบบการติดตามการให้สารน้ำโดยใช้สติ๊กเกอร์ติด ระบุเวลาไว้บริเวณขวดสารน้ำ และให้ คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ป่วย เพื่อให้มีส่วนร่วมในการติดตาม

๕.๔ เกสซ์กรมีการให้ความรู้เรื่องยา สาธิตการใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น การใช้ยาพ่น MDI, การ ใช้Insulin Pen แก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยาและการรักษา

๕.๕ พยาบาลต้องคั่นยาและสารน้ำที่เหลือใช้มากับรถยาทุกวัน ห้ามรวบรวมมาคืนที่หลังเพื่อให้ สามารถดัก จับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้อย่างรวดเร็ว

ระบบการประเมิน กำกับและติดตามการใช้ยาให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล

DUE / DUR

แนวทางการทำ DUE/DUR

๑. มีการประเมินและทบทวนการใช้ยาในกลุ่มยา Antibiotics โดย จัดทำแนวทางการสั่งจ่าย Antibiotics ใน ๓ กลุ่มอาการได้แก่ แผลเลือดออก, ท้องเสียเฉียบพลัน และ การติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โดยให้ใช้ทุกจุดที่มีการสั่งจ่ายทั้งพยาบาลห้องฉุกเฉินและแพทย์
๒. ทบทวนข้อมูลการใช้ยาตามเกณฑ์ RDU ติดตามประเมินทุกเดือน
๓. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และสรุปผลการประเมินต่อคณะกรรมการ/คณะทำงานที่ เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ และกำหนดเป็น Practice Guideline ในการใช้ยาของโรงพยาบาล .
๔. กำหนดการทำ DUE ในยาอื่นๆ ตามความเหมาะสม
๕. ดำเนินกิจกรรม Hospital RDU ให้ผ่านเกณฑ์

ลงชื่อ



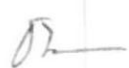
ประธานคณะกรรมการ

(นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลนาตาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี วัน/เดือน/ปี : ๒๔ เมษายน ๒๕๖๙ หัวข้อ : รายงานการประเมินการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและ การส่งเสริมการขายยาและ เวชภัณฑ์ที่มีขายยา ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๔ รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) Link ภายนอก :ไม่มี หมายเหตุไม่มี 	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายมะบุญญ์ คำมูล) เจ้าพนักงานพัสดุ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๙	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายธนวรรธ สูดสุข) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๙
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายสิทธิพล นามเดช) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๙	