

แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย ที่ต้องการการควบคุมอาการ ด้วยยากลุ่ม opioids และ sedative drug injection ที่บ้าน

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในชุมชนและที่บ้านอย่างเหมาะสม
- 2 เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจาก อาการปวด ด้วยยามอร์ฟินตามความเหมาะสม
- 3 เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยบริการ ถึงที่บ้านและชุมชน

ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และได้รับยา opioids และ sedative drug injection เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิต ในชุมชน / ที่บ้าน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาทางใต้ผิวหนัง ดังนี้

- ผู้ป่วยระยะท้ายที่ควบคุมอาการไม่สุขสบายด้วยยาชนิดรับประทานได้ไม่ดี อาการไม่คงที่
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูดซึมยา เช่น intestinal obstruction, diarrhea มีอาการคลื่นไส้อาเจียนตลอดเวลา
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ เช่น มีแผลหรือก้อนในช่องปาก คอและหลอดอาหาร กลืนยาลำบาก/ไม่ได้
- มี impact feces ไม่สามารถให้ยาทางทวารหนักได้ หรือไม่ชอบการให้ยาทาง rectal
- หาเส้นให้ยาทางหลอดเลือดดำยาก หรือหาไม่ได้

บทบาทของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

1. ประเมินและวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและมีความจำเป็นต้องใช้ยาทางชั้นใต้ผิวหนัง
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จัดประชุมญาติและครอบครัว เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการดูแลรักษา
3. สั่งใช้ยาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. ประเมิน ติดตามผลการดูแลรักษาเป็นระยะ และให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาแก่ทีมสหสาขา
5. บันทึกข้อมูลของผู้ป่วย แผนการรักษาล่วงหน้า และการใช้ยา Home opioids ในใบสรุปการรักษา

บทบาทของเภสัชกร

1. จัดระบบการสำรอง การเบิกจ่าย และคืนยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. ร่วมประเมิน วางแผน ติดตามผลการรักษา ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา และปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ร่วมกับทีม
3. ให้คำปรึกษา แนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขา
4. พัฒนาระบบการสั่งใช้ยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย palliative

Palliative Discharge-planning Nurses

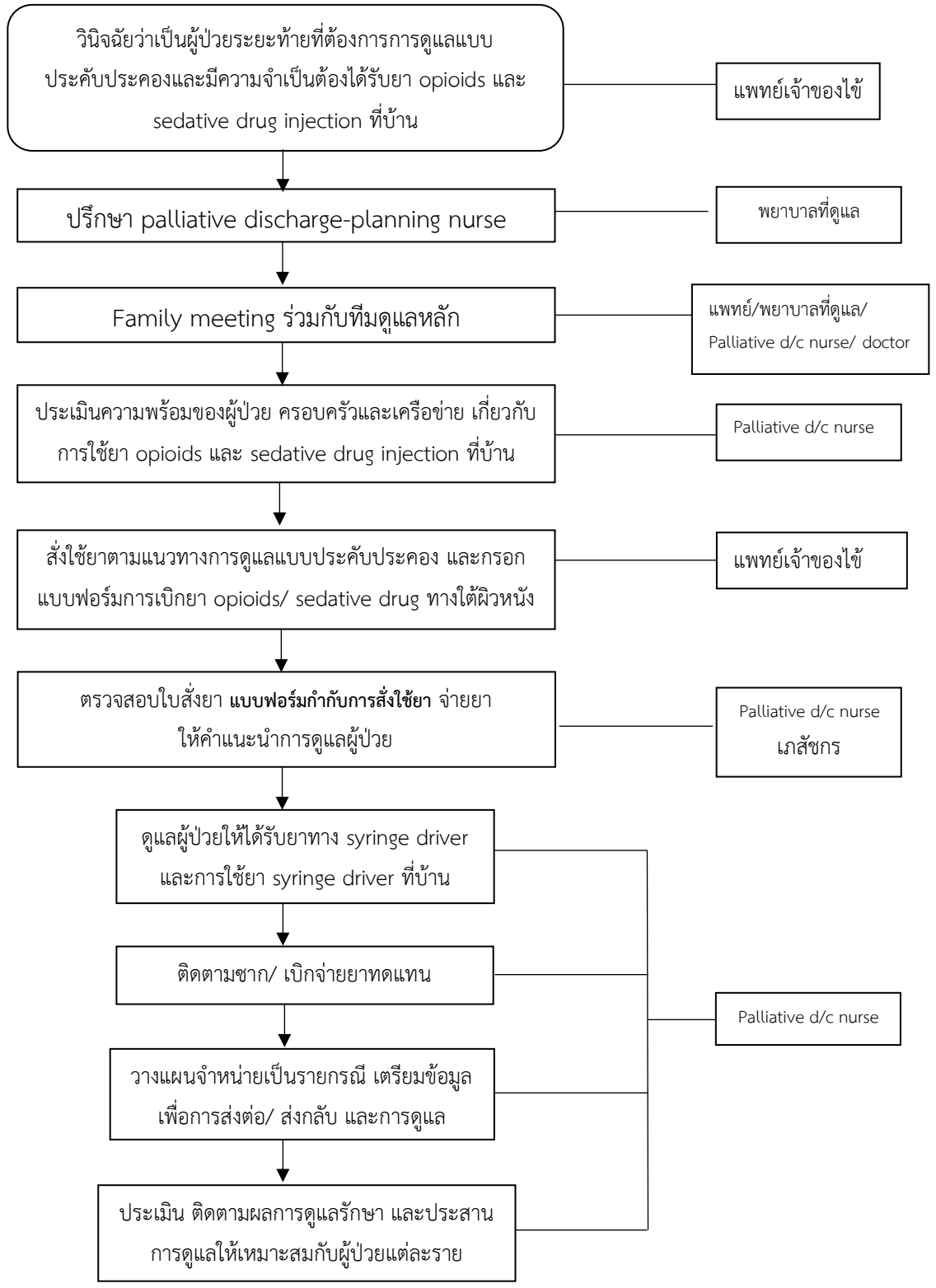
เป็นพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาทางใต้ผิวหนัง ทาง syringe driver

รายชื่อ	เบอร์โทรภายใน	เบอร์มือถือ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
คุณสุณี นิยมเดชา	1096	088-782-8800	ฉบ., othro
คุณอรพรรณ ไชยเพชร	1410 - 1	081-771- 1270	ศัลยกรรม
คุณอุไรวรรณ พลจร	1470 - 1	098-671-0253	อายุรกรรม
คุณถนอมจิต ใฝ่บุญ	1395 - 6	092-275-0025	หู คอ จมูก
คุณธรรมสรณ์ ขุนรักษ์	1235 - 6	085-077-8474	นรีเวช

บทบาทของ Palliative Discharge-planning Nurses

1. ร่วมประเมินผู้ป่วยว่ามีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา opioids+ sedative drugs injection ที่บ้าน
2. ร่วม Family meeting เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว และการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และการใช้ยา opioids+ sedative drugs injection ที่บ้าน
3. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีเพื่อการส่งต่อ / ส่งกลับผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างทีมสหสาขา ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (**เอกสารหมายเลข 1**)
4. ประเมินความพร้อมเครือข่ายที่ให้การดูแลต่อเนื่องด้านการใช้ยาทางใต้ผิวหนังผ่าน syringe driver
5. สอน ให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ syringe driver
6. ร่วมกับเภสัชกรในการดูแล จัดเก็บ เบิกจ่าย และคืนยาที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง (Morphine inj., Fentanyl inj., Midazolam inj.)
7. ประสานงานเครือข่ายในชุมชนและส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย
8. พัฒนา / เตรียมความพร้อมหน่วยบริการใกล้บ้าน/เครือข่าย เพื่อการดูแล ประคับประคองอย่างต่อเนื่องและการรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ และรายงานให้ทีมสหสาขาทราบเป็นระยะ
9. ให้คำปรึกษา แนะนำ ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่าย

แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย ที่ต้องการการควบคุมอาการ
ด้วยยากลุ่ม opioids และ sedative drug injection ที่บ้าน



ขั้นตอนการเบิก คิน opioids/ sedative drug

1. แพทย์สั่งใช้ยาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา opioids/sedative drug injection ออกนอกโรงพยาบาล เพื่อบริหารยาทางใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้าย

2. Palliative discharge-planning nurse/ เภสัชกรตรวจสอบใบสั่งยา คำนวณขนาดยา และจ่ายยา ครั้งละไม่เกิน 3 สำหรับผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือจำนวน 1 วัน สำหรับผู้ป่วยที่ส่งต่อไปนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยต้องมีสำเนาบัตรประชาชน พร้อมเซ็นต์สำเนาถูกต้องของญาติผู้รับยามาด้วย

กรณีต้องรับยาต่อเนื่อง ให้ญาตินำใบบันทึกการใช้ยาโอปิออยด์ที่บ้าน (Home opioid discharge-planning form) ติดต่อกับ PCU ในเวลาราชการและหากนอกเวลาราชการติดต่อที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อให้แพทย์สั่งยาเพิ่มและแพทย์ต้องกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา opioids/sedative drug injection ออกนอกโรงพยาบาล เพื่อบริหารยาทางใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้าย แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับยา

3. พยาบาลเจ้าของไข้รับคำสั่งการรักษา และส่งใบสั่งยา

4. ส่งญาติพร้อมแบบฟอร์มการเบิกยาไปรับยาที่ห้องจ่ายยา

5. ญาตินำยากลับมาที่หอผู้ป่วย

6. พยาบาล Palliative discharge-planning nurse ร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ เตรียมยาตามแผนการรักษา

7. บันทึกแบบฟอร์มการใช้ยา

ขั้นตอนการคินยา Home medication

1. ญาติผู้ป่วยนำยาที่เหลืออยู่ และชากยา ติดต่อบุคลากรที่หอผู้ป่วย

2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประสานงานการเงินให้ตั้ง AN ผู้ป่วย และคีย์คินยาในระบบ HIS

3. ญาติผู้ป่วยนำยาที่เหลืออยู่ พร้อมชากยา ไปคืนที่ห้องยา

4. เภสัชกรตรวจสอบยา และรับคินยา

5. เภสัชกรประสานงานการเงินเพื่อให้ผู้ป่วยรับเงินคิน (กรณีเป็นยาที่จ่ายเงินสด)

ขั้นตอนการคินยา OPD

1. ญาติผู้ป่วยนำยาที่เหลืออยู่ ชากยา พร้อมแบบบันทึกการใช้ยา ติดต่อกับห้องยา (กรณีต้องการรับเงินคิน ต้องนำใบเสร็จรับเงินมาด้วย)

2. เภสัชกรตรวจสอบยา และรับคินยา

3. กรณีต้องการรับเงินคินให้ญาติติดต่อกับการเงินเพื่อขอรับเงินคินพร้อมใบเสร็จรับเงิน

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

เอกสารหมายเลข 1 Palliative Discharge-planning checklist Form

ลำดับ	Check list	Yes	No	Comment
1	ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อ รพ./รพ.สต.....			
2	ประสานการเยี่ยมบ้าน			
3	ประสานรถส่งย้าย			
4	การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน			
5	ผู้ป่วยได้รับเอกสารข้อมูลการดูแลที่บ้าน			
6	จัดเตรียมยาและเบกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน			
7	ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการบริหารยาต่าง ๆ ที่ต้องใช้ที่บ้าน			
8	มีเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว			
9	ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาวะโรค พยากรณ์โรค และแผนการดูแล			
10	Summary discharge plan, advance directives (ถ้าทำไว้แล้ว)			

เอกสารหมายเลข 2 แบบฟอร์มการเบิกยา opioids/ sedative drug ทางใต้ผิวหนัง
แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา opioids/sedative drug injection
ออกนอกโรงพยาบาล เพื่อบริหารยาทางใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้าย

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... หอผู้ป่วย..... วันที่.....

ขีด ✓ ในช่อง (เกณฑ์การสั่งใช้ยาจะต้องระบุว่า ใช่ ครบทุกข้อ)

1. ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้การบริหารยา opioids/ sedative drug ทางใต้ผิวหนัง ใช่ ไม่ใช่
 - ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่สามารถควบคุมอาการปวดด้วยยานิตรับประทานได้
 - ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากหรือไม่สุขสบายด้วยยานิตรับประทานได้

2. มีเครือข่ายรับส่งต่อผู้ป่วย ใช่ ไม่ใช่
 ชื่อโรงพยาบาล/ รพ.สต.

3. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลโดย palliative discharge planner nurse ใช่ ไม่ใช่
 (พว. อรพรรณ ไชยเพชร Tel. 1410, พว. อุไรวรรณ พลจร Tel. 1470, พว. ธรรมสรณ์ ชุนรักษ์ Tel. 1235,
 พว. ถนอมจิต ใฝ่บุญ Tel. 1395, พว. สุณี นิยมเดชา Tel. 1096)

4. สั่งยาจำนวนไม่เกิน 3 วัน สำหรับผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช่ ไม่ใช่
 หรือจำนวน 1 วัน สำหรับผู้ป่วยที่ส่งต่อไปนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

..... ว

(.....)

(.....)

ลงชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อาจารย์แพทย์รับทราบ

.....

(.....)

ลงชื่อ palliative discharge planner nurse

----- - ฝึกส่วนนี้แนบไปให้พร้อมจ่ายยา หอผู้ป่วยจะเป็นผู้กรอกข้อมูล -----

แบบฟอร์มคืนซากยา opioids/sedative drug injection ในผู้ป่วยระยะท้าย

กรุณาส่งซากยาคืนทันทีหลังจำหน่ายผู้ป่วย ที่ห้องจ่ายยาช่อง 32

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... หอผู้ป่วย.....

ระบุจำนวนยาที่ได้รับมาและจำนวนซากที่ส่งคืน

- | | | |
|--------------------------|--------------------|---------------------|
| 1. Morphine 10mg/1 ml | รับยาจำนวน.....amp | คืนซากจำนวน.....amp |
| 2. Fentanyl 0.1 mg/2 ml | รับยาจำนวน.....amp | คืนซากจำนวน.....amp |
| 3. Fentanyl 0.5 mg/10 ml | รับยาจำนวน.....amp | คืนซากจำนวน.....amp |
| 4. Midazolam 5 mg/ml | รับยาจำนวน.....amp | คืนซากจำนวน.....amp |
| 5. Midazolam 15 mg/3 ml | รับยาจำนวน.....amp | คืนซากจำนวน.....amp |

.....
 (.....)

.....
 (.....)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้คืนซากยา

ลงชื่อเภสัชกรรับซากยาคืน (วันที่.....)

สำหรับเภสัชกร

มีสำเนาบัตรประชาชนของญาติผู้ป่วยในการรับยา

ใช่ ไม่ใช่

Pop Up บันทึกการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในระบบ HIS

ใช่ ไม่ใช่

ระบุจำนวนยาที่สั่ง

- | | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------|---------------|
| 1. Morphine 10mg/1 ml | จำนวน.....amp | 2. Fentanyl 0.1 mg/2 ml | จำนวน.....amp |
| 3. Fentanyl 0.5 mg/10 ml | จำนวน.....amp | 4. Midazolam 5 mg/ml | จำนวน.....amp |
| 5. Midazolam 15 mg/3 ml | จำนวน.....amp | | |

.....
(.....)

ลงชื่อเภสัชกรผู้จ่ายยา

สำหรับการคืนยาที่เหลือและซากยาในกรณีรับยา 3 วัน (ซากยาที่ใช้ในวันแรก หอผู้ป่วยจะนำมาคืนหลังจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว)

ระบุจำนวนยาที่เหลือและซากที่รับคืน

- | | | |
|--------------------------|---------------|-------------|
| 1. Morphine 10mg/1 ml | จำนวน.....amp | ซาก.....amp |
| 2. Fentanyl 0.1 mg/2 ml | จำนวน.....amp | ซาก.....amp |
| 3. Fentanyl 0.5 mg/10 ml | จำนวน.....amp | ซาก.....amp |
| 4. Midazolam 5 mg/ml | จำนวน.....amp | ซาก.....amp |
| 5. Midazolam 15 mg/3 ml | จำนวน.....amp | ซาก.....amp |

.....
(.....)

ลงชื่อเภสัชกรผู้รับยาคืน

วัน/เดือน/ปี.....

เอกสารหมายเลข 3 แบบบันทึกการบริหารยาทางใต้ผิวหนัง

รายการที่แพทย์สั่ง.....

.....

.....

วิธีการผสมยา

1.ขนาด.....mg/mcg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....

2.ขนาด.....mg/mcg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....

3.ขนาด.....mg/mcg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....

4.ขนาด.....mg /mcg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....

โดยเลือกใช้ตัวทำละลายที่เหมาะสมคือ NSS Sterile ได้ทั้งสองชนิด อีกml

Total =ml เท่ากับความยาว.....mm drip CSCI rate.....mm/hr.

โดยใช้เครื่องปั๊มยา (Syringe driver) รุ่น.....(ใช้ syringe ขนาด 20 ml เท่านั้น)

เริ่มใช้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องวันที่..... Cr =GFR.....

1. ยาอื่น ๆ ที่ได้รับเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะท้าย ได้แก่.....

2. ยาฉุกเฉิน (prn) สำหรับอาการปวด/หายใจลำบาก คือ.....

3. Ativan.....mgเม็ด อนุมัติลิน เวลามีอาการกระวนกระวาย/นอนไม่หลับทุก 2-4 ชม.

4. 1% Atropine ED 4 หยดอนุมัติลิน ทุก 4 ชม.เพื่อบรรเทาเสียงหายใจดังครีตคราดในลำคอ

5. ยาอื่น ๆ ได้แก่.....

เพื่อความสะดวกได้เบิกยาฉีดให้ผู้ป่วยมาด้วยดังนี้

2. Morphine 10mg จำนวน.....amp

3. Fentanyl 100 mcg จำนวน.....amp

4. Fentanyl 500 mcg จำนวน.....amp

5. Midazolam 5 mg จำนวน.....amp

6. Midazolam 15 mg จำนวน.....amp

7. อื่นๆ..... จำนวน.....amp

8. อื่นๆ..... จำนวน.....amp

ผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หากยาหมดกรุณาติดต่อแพทย์เจ้าของไข้

****กรุณาเก็บซากยา Morphine Midazolam Fentanyl และยาที่เหลือคืนโรงพยาบาลด้วย ขอขอบคุณค่ะ****

แบบบันทึกการใช้ยา

ว/ด/ป	วิธีใช้ยาทางใต้ผิวหนัง	จํานวน (amp,vial)			ลายเซ็น ผู้ตรวจยา	ลายเซ็นผู้ ผสมยา	หมายเหตุ
รวม							

แบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรียนแพทย์ / พยาบาลดูแลประคับประคอง โรงพยาบาล.....รพ.สต

ขอส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคอง

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี HN..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่เลขที่..... ซอย ถนน หมู่บ้าน

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ดูแลหลัก ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ดูแลรอง ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ของการส่งต่อ () การดูแลที่บ้าน () ส่งต่อดูแลที่ รพ.ใกล้บ้าน () ดูแลระยะใกล้เสียชีวิต

วดป.ที่ Admit.....วดป.จำหน่าย.....

การวินิจฉัยโรคและการรักษา.....

การประเมินและการดูแลทางกาย/การจัดการอาการ (Physical assessment/symptom management)

การประเมินและการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychosocial & spiritual assessment /management)

แผนการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค ()ใช่ ()ไม่ใช่ เพราะ.....

พยาบาลผู้บันทึกแบบฟอร์ม.....เบอร์โทร.....วันที่.....

แบบบันทึกการให้ยาฉีด

สมุดประจำตัว

การใช้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-นามสกุล			
อายุ		H.N.	
แพทย์เจ้าของไข้		เบอร์โทรศัพท์	
พยาบาลเจ้าของไข้		เบอร์โทรศัพท์	
พยาบาลเจ้าของไข้		เบอร์โทรศัพท์	
ชื่อผู้ดูแล		เบอร์โทรศัพท์	
ชื่อผู้ดูแล		เบอร์โทรศัพท์	

สิ่งที่ควรทราบและข้อปฏิบัติในการใช้ยา

1. ยาที่ได้รับเป็นยาที่โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กระจายให้แก่ผู้ป่วยตามชื่อในเอกสารเท่านั้น ห้าม นำยานี้ไปใช้กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยรายนี้
2. ในการผสมยาเพื่อใช้กับผู้ป่วยให้ญาตินำยาไปให้พยาบาล/เภสัชกรที่โรงพยาบาล/เภสัชกรที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเตรียมผสม พร้อมทั้งบันทึกวันที่ ขนาดยา ที่ผสมยาในตารางการบันทึกการเตรียมยาฉีดให้ผู้ป่วย และนำยาที่ยังไม่ได้ผสมเก็บไว้ที่บ้านของผู้ป่วย
3. กรณีสิ้นสุดการรักษา หรือสิ้นสุดการใช้ยา กรุณานำสมุดประจำตัว ยาและซากยาที่ใช้ทั้งหมด และ อุปกรณ์เครื่องให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนัง ส่งคืนที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

รายชื่อคณะทำงาน

1. นพ.สกล	สิงหะ	หัวหน้าหน่วยชีวทันตภิบาล	ประธานกรรมการ
2. นพ.กฤษณะ	สุวรรณภูมิ	หัวหน้าอาจารย์แพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวฯ กรรมการ	
3. พญ. ศศิกานต์	นิมมานรัชต์	อาจารย์แพทย์ ภาควิชาวิสัญญี	กรรมการ
4. พญ. อรุณี	เดชาพันธุ์กุล	อาจารย์แพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์	กรรมการ
5. พญ.พรพรรณ	ศรีพรสวรรค์	อาจารย์แพทย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์	กรรมการ
6. นพ.อธิษฐาน	รัตนบุรี	อาจารย์แพทย์ภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา	กรรมการ
7. พญ.อรพรรณ	พุ่มณีโชติ	อาจารย์แพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวฯ	กรรมการ
8. นางภมร	เข้มรักษา	ผู้ตรวจการพยาบาล	กรรมการ
9. นางณภัทร	นวลศรี	ผู้ตรวจการพยาบาล	กรรมการ
10. นางสาวอรพรรณ	ไชยเพชร	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1	กรรมการ
11. นางณิระวรรณ	สิงหเศรษฐ์	หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 2	กรรมการ
12. นางสาวสุมาลี	วังธนากร	หัวหน้าหน่วยปฐมภูมิ	กรรมการ
13. นางสาวธรรมสรณ์	ขุนรักษ์	พยาบาล หอผู้ป่วยนรีเวช	กรรมการ
14. นางถนอมจิต	ไฝบุญ	พยาบาล หอผู้ป่วยหู คอ จมูก	กรรมการ
15. นางสาวอภิญา	ปรีสุทธิกุล	พยาบาล ศูนย์องค์กรรวมฯ (HOCC)	กรรมการ
16. ภญ. ขวัญฤทัย	แข่งหนู	เภสัชกรชำนาญการฝ่ายเภสัชกรรม	กรรมการ
17. นางอุไรวรรณ	พลจร	หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
18. นางสาวสุณี	นิยมเดชา	หน่วยชีวทันตภิบาล	กรรมการและเลขานุการ