



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

แนวปฏิบัติ/ วิธีการปฏิบัติ WI NUR ๓๑๕๐๐/๒๒-๐๐๒

เรื่อง แนวปฏิบัติการบริหารจัดการยา ฝ่ายบริการพยาบาล

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วย/หน่วยงาน ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่...๑...กรกฎาคม 2566

พฤศจิกายน 2560

ผู้จัดทำ

ผู้อนุมัติ


คณะกรรมการบริหารระบบยา ฝ่ายบริการพยาบาล

(พ. ยุพา แก้วมณี)

หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้การบริหารยาเป็นไปอย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด
2. เพื่อเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการบริหารยา ให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

นิยามศัพท์:

1.การบริหารยาสำหรับพยาบาล หมายถึง กระบวนการจัดการด้านยาที่เกิดจากการปฏิบัติของพยาบาล ตั้งแต่การซักประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยา การรับคำสั่งของแพทย์ การสร้างใบสั่งยา การสร้างการรดยา การตรวจรับยาจากฝ่ายเภสัชกรรม การจัดเตรียมยา การตรวจทานซ้ำ การให้ยาผู้ป่วย การบันทึกการให้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา การเก็บรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย

2.บริหารยาโดยใช้หลัก 7 R หมายถึง

- Right patient บริหารยาถูกคน
- Right drug บริหารยาถูกชนิด
- Right dose บริหารยาถูกขนาด
- Right time บริหารยาถูกเวลา
- Right route บริหารยาถูกวิธีทาง เช่น IV, IM, SC, Oral เป็นต้น
- Right technique บริหารยาถูกวิธี เช่น การเตรียม/ผสมยา/ ให้ยาถูกต้องตามมาตรฐานของยานั้น ๆ
- Right document บันทึกการให้ยาถูกต้อง

นโยบาย

1.บริหารยาโดยใช้หลัก 7R: Right patient, right drug, right dose, right time, right route, right technique, right document

2.บริหารยาโดยพยาบาลและบริหารเฉพาะยาที่ได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

3.พยาบาลผู้บริหารยา ไม่ควรทำกิจกรรมอื่น หรือถูกรบกวนโดยไม่จำเป็น

4.บริหารยาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

หน้าที่ความรับผิดชอบ

พยาบาล: บริหารจัดการยาทุกกระบวนการตั้งแต่ รับคำสั่งยา ตรวจสอบคำสั่ง สร้างการ์ดยา ตรวจสอบยา จัดเตรียม และบริหารยา และติดตามเฝ้าระวังสังเกตอาการหลังได้รับยา

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การซักประวัติการใช้ยา/แพ้ยา

- 1.1. พยาบาลซักประวัติหรือตรวจสอบ ประวัติการใช้ยา เมื่อแรกรับผู้ป่วยหรือ ณ จุดบริการและบันทึกลงระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
- 1.2 เมื่อรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย พยาบาลต้องซักประวัติการใช้ยาทุกชนิด รวมถึงยาสมุนไพร อาหารเสริม เวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย และบันทึกลงในโปรแกรม Medication Reconcile โดยผ่านโปรแกรม Initial Assessment form ในหัวข้อ ยาที่ใช้ประจำ (คู่มือการทำ medication reconcile)
- 1.3 พยาบาลต้องซักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร เมื่อแรกรับผู้ป่วยหรือ ณ จุดบริการและบันทึกลงใน โปรแกรมการแพ้ยา

2. การรับคำสั่งการรักษาของแพทย์และการสร้างใบสั่งยา

- 2.1 พยาบาลผู้รับคำสั่งการรักษา ต้องมีการตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ชนิดของยา ขนาดยา เวลา วิธีทางการให้ยา และวิธีการผสมยา
- 2.2 พยาบาลผู้รับคำสั่งการรักษา ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับหรือดยา
- 2.3 ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการรับคำสั่งการใช้ยา
- 2.4 รับคำสั่งการใช้ยา จาก order ยา เท่านั้น ยกเว้นกรณียาที่ให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำที่แพทย์มีการสั่งยาใน order ยาแล้ว แต่มีการปรับขนาด/อัตราความเร็วของยา สามารถรับคำสั่งใน order ที่ไม่มีค่าใช้จ่ายได้
- 2.5 ห้ามรับคำสั่งการใช้ยา หากผู้ป่วยยังไม่ถึงหอผู้ป่วย

หมายเหตุ: ประเด็นที่ต้องตรวจสอบก่อนส่งใบสั่งยา

- ตรวจสอบคำสั่งว่าเป็นยา One day, Continuous หรือยาที่ต้องการใช้ต่อครั้ง เช่น ยาทา ยาหลอด ยาพ่น เป็นต้น
- ตรวจสอบปริมาณยาที่แพทย์สั่งให้เพียงพอกับการบริหารยา ยาที่ใช้ต่อเนื่องฝ่ายเภสัชกรรมจะจ่ายยาทุก 1 วัน หรือ 3 วัน ตามข้อตกลง
- ตรวจสอบเงื่อนไขการใช้ยา ถ้ายาติดเงื่อนไขต้องดำเนินการให้เรียบร้อย



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

- ยาเคมีบำบัดต้องตรวจสอบให้ตรงกับ Protocol การให้ยาและพิจารณาส่งหัตถการเคมีบำบัด เมื่อแพทย์ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและยืนยันการให้ยา ในวันนั้น ๆ

2.6 การรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ต้องดำเนินการดังนี้

- เปิด Speaker phone ทุกครั้ง
- พยาบาล 2 คนฟังพร้อมกัน (ยกเว้นหออผู้ป่วยที่มีพยาบาลปฏิบัติงานในผลัดนั้นคนเดียว) บันทึกและอ่านทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์
- บันทึกลงใน Kardex ระบุรายละเอียดวันที่และเวลาในการส่งยาพร้อมชื่อแพทย์ผู้สั่งและชื่อพยาบาลผู้รับคำสั่ง ทั้ง 2 คน
- ติดตามแพทย์เพื่อลงคำสั่งในระบบสารสนเทศให้เร็วที่สุดหรือ ภายใน 24 ชั่วโมง

2.7 กรณี Emergency สามารถรับคำสั่งการให้ยาด่วนแล้วดำเนินการ รับคำสั่งตามระบบภายหลัง

2.8 คำสั่งยา stat ผู้รับคำสั่ง ตรวจสอบว่าเป็นยาที่มีสำรองในหออผู้ป่วยหรือไม่ กรณีไม่มีสำรองในหออผู้ป่วย ให้ส่งใบสั่งยาไปยังห้องยาในรูปแบบยาด่วน กรณีมีสำรองให้ส่งเป็นใบสั่งยาปกติ

3. สร้างการดยาอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้โปรแกรมการให้ยาผู้ป่วย

3.1. ตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ-สกุล HN ชนิดของยา ขนาดยา เวลาของการให้ยากับคำสั่งการรักษาของแพทย์ วิธีทางของการให้ยา และวิธีการบริหารยา

3.2. กรณีคำสั่งที่เป็นสารละลายผสมยา หรือยาที่ต้องผสมด้วยสารละลายให้สร้างการดยา ดังนี้

- ระบุชนิดสารละลายและปริมาณที่ใช้ผสมยาในวิธีการให้ยา
- หลังสร้างการดยาเสร็จในหน้าการดยารวม ให้เลือกการผสม IV ตามชนิดของสารละลายและปริมาณที่กำหนดในวิธีการให้ยา เพื่อส่งคิดเงินอัตโนมัติ ระบุชนิดสารละลายและปริมาณที่ใช้ผสมยาในวิธีการให้ยา และ

ระยะเวลาที่ใช้ในการบริหารยา เช่น ภายใน 30 นาที หรือภายใน 1 ชม.

3.3 กรณีแพทย์สั่งยาที่เป็นอัตราส่วน ให้ระบุขนาดยาที่ใช้และวิธีการผสมให้ชัดเจน

3.4 กรณีมีคำสั่งให้ยา one day ที่เป็นรายการยาชนิดเดียวกันกับยาเดิมที่มีคำสั่งให้ยาอยู่แล้ว ให้ OFF การดยาเดิม และสร้างการดยาจากคำสั่งการรักษาใหม่ โดยนับเวลาเริ่มการให้ยาต่อจากเวลาการให้ ยาครั้งสุดท้ายของการดยาเดิม ห้ามแก้ไขในการดยาเดิม



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

3.5 กรณีที่มีคำสั่งการใช้ยาต่อเนื่องจาก OPD/ ER /Observe/ OR ให้ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย ดังนี้

- OPD/ ER /Observe ดูจากโปรแกรมการใช้ยาผู้ป่วยนอก
- OR ดูจาก Medication Profile และ Anesthetic Record
- หน่วยบริการอื่น ๆ ดูจากใบบันทึกของหน่วยงานนั้น ๆ

3.6 กรณียา Continuous ระยะเวลาที่ให้ยาโดยปรับให้เข้ากับเวลามาตรฐานของฝ่ายบริการพยาบาล (เอกสารแนบ) ระยะเวลา/วันที่เริ่มให้ยาและสิ้นสุดการให้ยา(กรณีแพทย์กำหนดจำนวนวันในการให้ยา) โดยคำนวณครบจำนวนdose ยา

3.7 คำสั่งยา Stat (one day) ให้สร้างการ์ดยา เป็นยาระบุเวลาครั้งเดียว โดยระบุเวลาในช่องเวลาให้ยา เป็นเวลาเดียวกับในช่องเวลาที่เริ่มให้ยา และให้ลงเวลาจ่ายยาทันที

3.8 กรณีคำสั่งยา Stat and then สร้างการ์ดยาโดยเลือกรูปแบบสร้าง 2 การ์ดยา

- การ์ดที่ 1 กำหนดให้เป็นยา Stat และระบุเวลาที่หยุดให้ยา
- การ์ดที่ 2 เป็นการ์ดสำหรับการให้ยาต่อเนื่อง
- กรณีเป็นคำสั่งใช้ยา One day นับ dose Stat and Then รวมกันให้ครบ 24 ชั่วโมงโดยตั้งต้น นับจาก dose stat เช่น Tienam 500 mg IV stat then 250 mg IV drip q 6 hr. ผู้ป่วยต้อง ได้รับยารวม 4 dose

3.9 กรณีสั่งยาหลายชนิดผสมกัน ให้สร้างการ์ดยาคาร์ดเดียว โดยให้ใช้ตัวใดตัวหนึ่งเป็นหลัก หากมี HAD ให้ใช้ HAD เป็นตัวหลักในการสร้างการ์ดยา

3.10 คำสั่งการรักษาที่ระบุขนาดยาแบบเป็นช่วง เช่น ยา Insulin ยาแก้ปวด

- ให้สร้างการ์ดยาคาร์ดเดียว ไม่ต้องระบุขนาดของยา ในช่อง Dosage/มื้อที่ให้ ให้เลือกช่องหน่วยนับ เป็น“ดูวิธีการใช้ยา”
- การจ่ายยาให้ลงบันทึกจ่ายยาในช่องหมายเหตุโดยระบุตาม dose ที่ให้จริง

3.11 คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมื้อไม่เท่ากัน

- การสร้างการ์ดยาให้เลือกรูปแบบ “แยกมื้อ”

3.12 คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน เช่น ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำ Hemodialysis/ยาที่ให้หลังทำหัตถการ การสร้างการ์ดยาให้เลือกรูปแบบ “prn” (เมื่อผู้ป่วยทำหัตถการเสร็จแล้ว พยาบาลต้องมีการตรวจสอบและให้ยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์)

3.13 คำสั่งการรักษาที่เป็นยา premed/ยาเคมีบำบัด



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

- การสร้างการ์ดยาให้เลือกประเภท “อื่น ๆ (On Call, Pre Med, Chemo)”
- กรณีที่มีการบริหารยาที่แน่นอน สามารถสร้างการ์ดยากำหนดเวลาในการให้ยา
- กรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด/ห้องหัตถการ ได้แก่ ยา Antibiotic prophylaxis
- สร้างการ์ดยาให้เลือกประเภท “อื่น ๆ (On Call, Pre Med, Chemo)”
- กรณีเป็นยาเดิมที่ให้อยู่แล้ว ไม่ต้องสร้างการ์ดยาใหม่แต่ต้องพิมพ์การ์ดยาตามเวลาแนบไปกับยาที่ส่งให้ห้องผ่าตัดพร้อมกับสื่อสารแจ้งวิสัญญีทราบ

3.15. ยาที่ให้เพื่อป้องกันการอุดตันของ IV catheter หรือ Central line (Heparin/ NSS)

- กรณีแพทย์สั่งยาให้สร้างการ์ดยาตามระบบ
- ถ้าแพทย์ไม่สั่งยา ให้พยาบาลสร้างการ์ดยาขึ้นมาเองได้
- กรณีให้Heparin/NSS ตามหลังการฉีดยาตัวอื่น ๆ ไม่ต้องสร้างการ์ด และไม่ต้องลงจ่ายยา

3.16 การสร้างการ์ดยาที่แพทย์เป็นผู้บริหารยาเอง เช่น ยาเคมีบำบัด ยาที่ให้ทาง epidural catheter ให้สร้างการ์ดยาโดยเลือกในช่อง “Set ให้แพทย์จ่ายได้”

3.17 ในกรณีที่แพทย์สั่งจ่ายยา ต้องมีการระบุชื่อยาให้ชัดเจน

4. การตรวจรับยาจากฝ่ายเภสัชกรรม

4.1. เมื่อได้รับยาจากฝ่ายเภสัชกรรม พยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-สกุล HN ชนิดของยา ขนาดยา ปริมาณยา ซึ่งถ้าเป็นยา Continuous เภสัชกรจะเตรียมยา 2 แบบคือ One day dose และ three days dose

4.2. ตรวจรับยาในโปรแกรมรับ Order ยา (ปุ่มตรวจรับยาจากห้องยา) ถ้ามีความคลาดเคลื่อนให้ ตรวจสอบความถูกต้องกับฝ่ายเภสัชกรรม และลงบันทึกในโปรแกรม Incident report ระบุเป็น Dispensing error ผู้ป่วยใน

5. การจัดเตรียมยา

5.1. ตรวจสอบความถูกต้องของการ์ดยากับคำสั่งการรักษาของแพทย์ทุกผลัด

5.2. จัดเตรียมยาโดยการตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา เวลาให้ยา (ให้ก่อน/หลังอาหาร) วิธีการให้ยา และวิธีการบริหารยา กรณีเป็นยากินและยาอื่น ๆ ใช้การ์ดยาอิเล็กทรอนิกส์ในการจ่ายยา กรณีเป็นยาฉีดให้พิมพ์การ์ดยาทุกครั้ง

5.3. การเตรียมยาฉีดที่เป็น Ampule กรณีที่ใช้ไม่หมด Amp ในครั้งเดียว ยาที่เหลือจากการเตรียมแต่ละครั้ง หากจำเป็นต้องใช้ต่อให้ดูดเก็บไว้ใน Syringe และติดสติ๊กเกอร์ระบุ ชื่อยา ขนาดยา เวลาที่เตรียม และเวลาที่ต้องทิ้งยา ติดที่ข้าง Syringe ทุกครั้ง (ไม่เก็บยาที่เปิดแล้วเกิน 24 ชั่วโมง)



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

- 5.4 การละลายยาฉีดชนิดผง ถ้ามีสารละลายคู่มาอยู่กับยาให้ใช้สารละลายที่ให้มาเท่านั้นในการละลายผงยา เนื่องจากอาจมีปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยากับตัวทำละลาย
- 5.5 การใช้ Solution สำหรับ dilute ยาเพื่อ drip ให้ตรวจสอบความเข้ากันได้ ความคงตัวของยาใน สารละลายแต่ ละชนิดจากคำเตือนการบริหารยาและ Drug Stability ก่อนการเตรียม
- 5.6 การเตรียมยาฉีด (ชนิด Vial) ที่ผสมแล้วเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไป ให้ระบุรายละเอียด เตียง ชื่อ-สกุล HN ความ เข้มข้นของยา สารละลาย ปริมาณ วัน/เวลาที่ผสม และหมดอายุ ชื่อผู้ผสม โดยติดสติ๊กเกอร์ข้างขวดยา (ระยะเวลา ความคงตัวของยา และการเก็บรักษาจาก Drug Stability คู่มือยา หรือสอบถามข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลยา 1314)
- 5.7 ยาฉีดที่บรรจุใน Syringe ต้องมีสติ๊กเกอร์การดยาระบุชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา วิธีการผสมยา วิธีการ ใ้ และเวลาให้ยาติดที่ข้าง Syringe ทุกครั้ง
- 5.8 ยาฉีดที่ผสมในสารละลายหยดทางหลอดเลือดดำ ต้องมีสติ๊กเกอร์การดยาผสมระบุ ชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาด ยา วิธีการผสมยา วิธีการใ้ และเวลาให้ยาติดที่ข้างขวดทุกครั้ง
- 5.9 กรณีผู้จัดเตรียมยาเป็นนักศึกษาพยาบาลต้องเตรียมยาภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาล หรือ พยาบาลวิชาชีพ
- 5.10 ผู้เตรียมยา และผู้ให้ยาต้องเป็นคนเดียวกัน

6. การตรวจทานซ้ำ (Double Check)

- 6.1. การตรวจทานซ้ำก่อนการให้ยา ผู้เตรียมยาและผู้ตรวจทานซ้ำต้องไม่ใช่พยาบาลคนเดียวกัน (Independent check) และผู้ตรวจทานซ้ำเป็นผู้ชำนาญการ กรณีมีพยาบาลปฏิบัติงานคนเดียวให้ ตรวจทานซ้ำด้วย ตนเอง
- 6.2. การตรวจทานซ้ำเพื่อความถูกต้อง ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา เวลาให้ยา วิธีการใ้ยาและ วิธีการบริหารยา
- ยาฉีดตรวจทานซ้ำหลังการเตรียมยาแล้ว และต้องวาง Ampule/Vial ไว้เพื่อการตรวจสอบ
 - ยารับประทานที่มีฟรอยด์ ให้เตรียมยาทั้งฟรอยด์เพื่อตรวจสอบ
- 6.3. ลงบันทึกการตรวจทานซ้ำในโปรแกรม Recheck ยาทันที ห้ามลงรหัสผู้อื่นในการตรวจทานซ้ำ
- 6.4. กรณีพบความคลาดเคลื่อนจากการตรวจทานซ้ำ ให้ลงบันทึกในโปรแกรม near miss ไม่ต้องบันทึก ใน โปรแกรม Incident Report ให้ดำเนินการเตรียมยาและตรวจทานซ้ำใหม่

7. การให้ยาผู้ป่วย การบริหารยา

- 7.1. ใช้โมบายคอมพิวเตอร์สำหรับจ่ายยาในการให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง โดยตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา เวลาให้ยา วิธีการใ้ยา สารละลายที่ใช้ผสมและวิธีการบริหารยา



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

- 7.2. ก่อนให้ยาต้องมีการระบุตัวผู้ป่วย อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ชื่อ-สกุล HN เทียบกับป้ายชื่อมือผู้ป่วยให้ตรงกับการ์ดยา กรณีไม่ทราบชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ตรวจสอบจากนามสมมุติ HN และดูป้ายชื่อมือผู้ป่วยให้ตรงกับการ์ดยา กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ตรวจสอบป้ายชื่อมือผู้ป่วยให้ตรงกับการ์ดยา
- 7.3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วย/ญาติ
- 7.4. ก่อนให้ยาแต่ละรายการให้ตรวจสอบคำเตือนการให้ยา(ถ้ามี) ซึ่งจะแสดงไว้ด้วยตัวพิมพ์หนา ที่ชื่อยานั้น ๆ ในโปรแกรมจ่ายยา
- 7.5. **กรณียาเกิน** ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทันที ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ /ไม่พร้อมในการรับประทานยาในเวลานั้น ให้นำกลับมาเก็บที่รถแจกยา ยาที่บรรจุพรอยด์ ก่อนให้ยาต้องแกะยาออกจากพรอยด์ทุกครั้ง
- 7.6. **กรณียาฉีดชนิด IV drip** ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่/ไม่พร้อมหรือมียาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ห้ามวาง/แขวนขวดยาไว้ให้น่ากลับมาไว้ที่รถแจกยาหรือห้องยา
- 7.7. การให้ยาหลายชนิดทาง IV โดยใช้เส้นเดียวกันและเวลาต่อเนื่องกัน ใช้ NSS 3-5 ซีซี flush ก่อนและหลัง การให้ยาแต่ละตัวเพื่อป้องกันการเกิดอันตรกิริยา (drug interaction) ระหว่างยา
- 7.8. ห้ามลงบันทึกการจ่ายยาล่วงหน้าหากยังไม่มีการบริหารยา
- 7.9. บันทึกให้เสร็จผู้ให้ยาทันทีหลังให้ยาผู้ป่วยแต่ละราย หากให้ยาช้าหรือเร็วกว่าเวลาที่กำหนด (ก่อนเวลาให้ยา 30 นาที และหลังเวลาให้ยา 30 นาที) ต้องระบุเหตุผลทุกครั้ง
- 7.10. กรณีผู้ให้ยาเป็นนักศึกษาพยาบาลต้องทำภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาลหรือ พยาบาลหอผู้ป่วย โดยพยาบาลหอผู้ป่วยลงรหัสผู้จ่ายยาและมีการหมายเหตุชื่อนักศึกษาที่บริหารยา
- 7.11. กรณีแพทย์เป็นผู้บริหารยา ให้แพทย์เป็นผู้บันทึกการจ่ายยาด้วยตนเอง
- 7.12. กรณียาวิจย หากแพทย์/พยาบาลผู้ช่วยวิจยเป็นผู้บริหารยา ต้องลงบันทึกการให้ยาในโปรแกรมจ่ายยาด้วยตนเอง โดยหอผู้ป่วยเพิ่มชื่อพยาบาลผู้ช่วยวิจยเป็นเจ้าหน้าที่ชั่วคราว
- 7.13. ยาในกลุ่ม Stat A ต้องให้ยาภายใน 30 นาที ส่วนยา Stat B ต้องให้ยาภายใน 60 นาทีหลังแพทย์มี คำสั่งการรักษา
- 7.14. การบริหารยาที่ให้แบบ Continuous IV drip ให้มีการตรวจสอบและลงบันทึกจ่ายยาทุกครั้งที่มีการเตรียมยาใหม่ กรณีที่มีการปรับเปลี่ยน rate ไม่ต้องลงบันทึกจ่ายยาเพิ่ม
- 7.15. กรณีจำเป็นที่แพทย์ต้องสั่งยาด้วยวาจาหรือโทรศัพท์
 - ให้พยาบาลสร้างการ์ดยาเองและจ่ายยาตามระบบโดยมีการตรวจทานซ้ำจากพยาบาล 2 คน ในทุกขั้นตอน และติดตามให้แพทย์สั่งยาเข้าโปรแกรมภายใน 24 ชั่วโมง โดยต้องมีการตรวจสอบคำสั่งร่วมกับแพทย์ว่าเป็นการสั่งย้อนหลังไม่ใช่การสั่งเพื่อให้ยาเพิ่มเติม พยาบาลรับคำสั่งและส่งไปส่งยาคืนหอผู้ป่วยโดยไม่ต้องสร้างการ์ดยาซ้ำ



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

- กรณีฉุกเฉินเร่งด่วนเพื่อการช่วยชีวิต/ภาวะวิกฤต สามารถให้ยาได้ทันทีตามขั้นตอนการเตรียมยา โดยไม่ต้องสร้างการรบกวน แต่ก่อนให้ยาต้องมีการทวนขานยาซ้ำกับแพทย์ผู้สั่งและดำเนินการสร้างการรบกวนพร้อม จ่ายยา ย้อนหลังเมื่อแพทย์สั่งยาเข้าระบบ

8. การติดตามหลังการให้ยา และอาการไม่พึงประสงค์

8.1. กรณีให้ยาโดยใช้เครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารละลาย (Infusion pump หรือ Devices อื่น ๆ) ต้องติดตาม ตรวจสอบ การทำงานของเครื่องและปริมาณยาที่ได้รับตามแผนการรักษา

8.2. ติดตามผลลัพธ์ ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์จากยา และบันทึกการติดตามลงในโปรแกรม Nursing Progress note

8.3. กรณีผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์ให้แจ้งแพทย์ทันที และบันทึกในโปรแกรมการแพ้ยา เพื่อเป็นข้อมูลให้เภสัชกรมาตรวจสอบ (Verify)

9. การเก็บรักษายาในหอผู้ป่วย

9.1 ยาทุกชนิดของผู้ป่วยให้เก็บในภาชนะ /กล่อง /ช่องเก็บยาของผู้ป่วย โดยระบุชื่อ-สกุล หมายเลขเตียง/ ห้อง ให้ถูกต้อง กรณีมีการย้ายเตียงให้ย้ายยาที่อยู่ในช่องเก็บยาของผู้ป่วยทุกครั้ง

9.2 ยาสำรอง (Stock) และยาสามัญของหอผู้ป่วยแยกประเภทการจัดเก็บให้ชัดเจน เป็นยารับประทาน ยาฉีด ยาใช้ภายนอก มีฉลากยากำกับชัดเจนระบุชื่อยา จำนวนยาสำรองแต่ละรายการและวันหมดอายุ

9.3 ยาสำรองของหอผู้ป่วยมีตามรายการที่ได้รับอนุมัติเท่านั้น และต้องมีการตรวจสอบให้ถูกต้องตามบัญชียาสำรองที่กำหนด ต้องตรวจสอบวันหมดอายุทุกเดือน และให้ส่งแลกกับฝ่ายเภสัชกรรมก่อนที่ยาจะหมดอายุภายใน 3 เดือน

9.4 กรณีแพทย์สั่งหยุดยา

- ในเวลาราชการ ให้ส่งคืนยาทันที นอกเวลาราชการให้เก็บยาแยกออกมาจากกล่องยาผู้ป่วยและคืนยาในวันถัดไป
- กรณีแพทย์สั่งจำหน่าย ให้ส่งคืนยาทันที

9.5 ห้ามเก็บยาทุกชนิดบริเวณตู้เย็น ยาในห่วงโซ่ความเย็น (Cold Chain) ต้องเก็บในตู้เย็นทันทีและเมื่อมีการส่งต่อไปหน่วยงานอื่นต้องให้ยาดังกล่าวอยู่ในกระเป๋ายาเย็นหรืออุปกรณ์ที่รักษาความเย็น ให้อุณหภูมิคงที่ตลอดทาง

9.6 ควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาให้อยู่ในระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส และบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยา วันละ 1 ครั้ง

9.7 ยาเสพติด ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ชนิดฉีดให้เก็บแยกต่างหาก มีการควบคุมการเข้าถึงและบันทึกการใช้ อย่างครบถ้วน



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

9.8 ยา KCL และ K2PO4 ชนิดฉีด ให้เก็บแยกต่างหาก มีการควบคุมการเข้าถึงกรณีเบิกในชื่อผู้ป่วย ให้คืนฝ้าย
เภสัชกรรมทันทีที่หยุดใช้ยา

9.9 ยาอื่น ๆ ให้เก็บตามคำแนะนำด้านข้างบรรจุภัณฑ์ ถ้ามีข้อสงสัยให้สอบถามฝ่ายเภสัชกรรม 1304

ตัวชี้วัด (เฉพาะชื่อ ไม่กำหนดเป้าหมาย ถ้ามีสูตร ให้ใส่สูตรด้วย)

อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับความรุนแรง C-I

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ C-I ใน 3 เดือน(ไตรมาส)} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยในทั้งหมดใน-3 เดือน(ไตรมาส)}}$$

อัตราความคลาดเคลื่อนก่อนการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ A-B=

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ A-B ใน 3 เดือน(ไตรมาส)} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยในทั้งหมดใน-3 เดือน(ไตรมาส)}}$$

อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับความรุนแรง C-D =

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ C-D ใน 3 เดือน(ไตรมาส)} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยในทั้งหมดใน-3 เดือน(ไตรมาส)}}$$

อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับความรุนแรง E-F

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ E-F ใน 3 เดือน(ไตรมาส)} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยในทั้งหมดใน-3 เดือน(ไตรมาส)}}$$

อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับความรุนแรง G-I

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ G-I ใน 3 เดือน(ไตรมาส)} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยในทั้งหมดใน-3 เดือน(ไตรมาส)}}$$



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ระดับ C-I = จำนวนครั้งอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ระดับ C-I ภายใน 3 เดือน

= จำนวนครั้งอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ระดับ C-I ภายใน 3 เดือน

การประเมินผล (วิธีการประเมิน) ตามรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ฝ่ายบริการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง:

- แนวปฏิบัติการบริหารยา สำหรับพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2560)
- คู่มือการใช้โปรแกรมยา ในระบบ HIS โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2562)
- คู่มือโปรแกรม HIS โรงพยาบาลสงขลานครินทร์