



ประกาศ ฝ่ายบริการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง แนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับพยาบาล

ด้วย ฝ่ายบริการพยาบาล ได้จัดทำแนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การบริหารยาเป็นไปอย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด
2. เพื่อเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการบริหารยา ให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

ในการนี้ ฝ่ายบริการพยาบาล จึงขอประกาศใช้ แนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับพยาบาล รายละเอียด
ที่แนบมาพร้อมนี้

ทั้งนี้ ตั้งแต่ วันที่ 24 พฤษภาคม 2560 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

(นางสาวจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง)

รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล

สำเนา คุณฉัตรรัตน์ ผอมแก้ว บรรจุลง website

แนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การบริหารยาเป็นไปอย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด
2. เพื่อเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการบริหารยา ให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

นโยบาย

1. บริหารยาโดยใช้หลัก 7R (right patient, right drug, right dose, right time, right route, right technique, right document)
2. บริหารยาโดยพยาบาล และบริหารเฉพาะยาที่ได้รับการอนุญาตตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. พยาบาลผู้บริหารยาไม่ควรทำกิจกรรมอื่น หรือถูกรบกวนโดยไม่จำเป็น
4. บริหารยาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

คำจำกัดความ

การบริหารยาสำหรับพยาบาล หมายถึง กระบวนการจัดการด้านยาที่เกิดจากการปฏิบัติของพยาบาล ตั้งแต่ การซักประวัติการใช้ยา ประวัติแพ้ยา การรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การสร้างใบสั่งยา การสร้างการ์ดยา การตรวจรับยาจากฝ่ายเภสัชกรรม การจัดเตรียมยา การตรวจทานซ้ำ (Double Check) การให้ยาผู้ป่วย การบันทึกการให้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา การเก็บรักษายาในหอผู้ป่วย

การปฏิบัติ

1. การซักประวัติการใช้ยา/แพ้ยา

- 1.1. พยาบาลต้องซักประวัติการใช้ยา เมื่อแรกรับผู้ป่วย หรือ ณ จุดบริการ และบันทึกลงระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
- 1.2. พยาบาลต้องซักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร เมื่อแรกรับผู้ป่วย หรือ ณ จุดบริการ และบันทึกลงในโปรแกรมการแพ้ยา
- 1.3. เมื่อรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย พยาบาลต้องซักประวัติการใช้ยาทุกชนิด รวมถึงยาสมุนไพร อาหารเสริม เวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย และบันทึกลงในโปรแกรม Medication Reconcile โดยผ่านโปรแกรม Initial Assessment form ในหัวข้อ ยาที่ใช้ประจำ

2. การรับคำสั่งการรักษาของแพทย์และการสร้างใบสั่งยา

- 2.1. พยาบาลผู้รับคำสั่งการรักษา ต้องมีการตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ชนิดของยา ขนาดยา วิธีการผสมยา วิธีทาง และเวลาของการให้ยา

- 2.2. พยาบาลผู้รับคำสั่งการรักษา ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับหรืองดยา
- 2.3. ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการรับคำสั่งการใช้ยา
- 2.4. รับคำสั่งการใช้ยา จาก Order ยา เท่านั้น ไม่รับคำสั่งกรณีแพทย์สั่งยาในโปรแกรมไม่มีค่าใช้จ่าย เว้นกรณีสั่งใน Order ยาแล้ว แต่มีการปรับขนาด/อัตราความเร็วของยาในโปรแกรมไม่มีค่าใช้จ่าย

ประเด็นที่ต้องตรวจสอบก่อนส่งใบสั่งยา

- ตรวจสอบคำสั่งว่าเป็นยา One day, Continuous หรือ ยาที่ต้องการใช้ต่อครั้ง เช่น ยาที่ยังไม่ได้คำนวณขนาด ยา prn เป็นต้น
 - ตรวจสอบปริมาณยาที่แพทย์สั่งให้เพียงพอกับการบริหารยา ยาที่ใช้ต่อเนื่องฝ่ายเภสัชกรรมจะจ่ายยาทุก 3 วัน
 - ตรวจสอบเงื่อนไขการใช้ยา ถ้ายาติดเงื่อนไขต้องดำเนินการให้เรียบร้อย
 - ยาเคมีบำบัดต้องตรวจสอบให้ตรงกับ Protocol การใช้ยาและพิจารณาส่งหัตถการเคมีบำบัด เมื่อผ่านการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยแล้ว
- 2.5. การรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ต้องเปิด Speaker phone มีพยาบาลสองคนฟังพร้อมกัน และอ่านทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์ บันทึกลงใน Kardex ระบุรายละเอียดการสั่งยาพร้อมชื่อแพทย์ผู้สั่งและชื่อพยาบาลผู้รับคำสั่งทั้ง 2 คน โดยแพทย์ต้องมาส่งลงในระบบสารสนเทศให้เร็วที่สุดหรือภายใน 24 ชั่วโมง
 - 2.6. กรณี Emergency สามารถรับคำสั่งการให้ยาด่วนวจา แล้วดำเนินการรับคำสั่งตามระบบภายหลัง
 - 2.7. คำสั่งยา stat ผู้รับคำสั่ง ตรวจสอบว่าเป็นยาที่มีสำรองในหอผู้ป่วยหรือไม่ กรณีไม่มีสำรองในหอผู้ป่วยให้ส่งใบสั่งยาไปยังห้องยาในรูปแบบ ยาด่วน กรณีมีสำรองให้ส่งเป็นใบสั่งยาปกติ
 - 2.8. กรณียารววิจัย พยาบาลรับคำสั่งยารววิจัยเฉพาะที่แพทย์สั่งในโปรแกรม order ยา ซึ่งฝ่ายเภสัชกรรมเพิ่ม code รายการยารววิจัยแล้ว

3. สร้างการ์ดยาอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้โปรแกรมการให้ยาผู้ป่วย

- 3.1. ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ- สกุลผู้ป่วย HN ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา วิธีการให้ กับคำสั่งการรักษาของแพทย์
- 3.2. กรณีคำสั่งที่เป็นสารละลายผสมยา หรือ ยาที่ต้องผสมด้วยสารละลาย ให้สร้างการ์ดยา ดังนี้
 - ระบุชนิดสารละลายและปริมาณที่ใช้ผสมยาในวิธีการใช้ยา
 - หลังสร้างการ์ดยาเสร็จ ในหน้าการ์ดยารวมให้เลือก การผสม IV ตามชนิดของสารละลายและปริมาณที่กำหนดในวิธีการใช้ยา เพื่อส่งคิดเงินอัตโนมัติ
- 3.3. กรณีแพทย์สั่งยาที่เป็นอัตราส่วน ให้ระบุขนาดยาที่ใช้และวิธีการผสมให้ชัดเจน

- 3.4. กรณีมีคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยาชนิดเดียวกันกับยาเดิมที่มีคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว ให้ OFF การ์ดยาเดิม และสร้างการ์ดยาจากคำสั่งการรักษาใหม่ โดยนับเวลาเริ่มการให้ยาต่อจากเวลาการให้ยาครั้งสุดท้ายของการ์ดยาเดิม **ห้ามแก้ไขในการ์ดยาเดิม**
- 3.5. กรณีที่มีคำสั่งการใช้ยาต่อเนื่องจาก OPD/ ER /Observe/ OR ให้ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย ดังนี้
- OPD/ Observe ดูจากโปรแกรมการใช้ยาผู้ป่วยนอก
 - ER ดูจากโปรแกรมการใช้ยาผู้ป่วยนอก และ ER Record
 - OR ดูจาก Medication Profile และ Anesthetic Record
- 3.6. กรณียา Continuous ระบุเวลาที่ให้ยาโดยปรับให้เข้ากับเวลายามาตรฐานของฝ่ายบริการพยาบาล (เอกสารแนบ) ระบุเวลา/วันที่เริ่มให้ยา และสิ้นสุดการให้ยา (กรณีแพทย์กำหนดจำนวนวันในการให้ยา)
- 3.7. คำสั่งยา Stat (one day) ให้สร้างการ์ดยา เป็นยาระบุเวลาครั้งเดียว โดยระบุเวลาในช่องเวลาให้ยา เป็นเวลาเดียวกับในช่องเวลาที่เริ่มให้ยา
- 3.8. กรณีคำสั่งยา Stat and then
- สร้างการ์ดยาโดยเลือกรูปแบบสร้าง 2 การ์ดยา
 - การ์ดแรกสำหรับยา Stat และระบุเวลาที่หยุดให้ยา
 - การ์ดที่ 2 เป็นการ์ดสำหรับการให้ยาต่อเนื่อง
 - กรณีเป็นคำสั่งใช้ยา One day นับ dose Stat and Then รวมกันให้ครบ 24 ชั่วโมงโดยตั้งต้นนับจาก dose stat เช่น Tienam 500 mg IV stat then 250 mg IV drip q 6 hr ผู้ป่วยต้องได้รับยารวม 4 dose
- 3.9. กรณีสั่งยาหลายชนิดผสมกัน ให้สร้างการ์ดยาการ์ดเดียว โดยให้ใช้ตัวใดตัวหนึ่งเป็นหลัก หากมี HAD ให้ใช้ HAD เป็นตัวหลักในการสร้างการ์ดยา
- 3.10. คำสั่งการรักษาที่ระบุขนาดยาแบบเป็นช่วง เช่น ยา Insulin ยาแก้ปวด
- ให้สร้างการ์ดยาการ์ดเดียว ไม่ต้องระบุขนาดของยา ในช่อง Dosage/มีอูที่ให้ ให้เลือกช่องหน่วยนับ เป็น “ดูวิธีการใช้ยา”
 - การจ่ายยาให้ลงบันทึกจ่ายยาในช่องหมายเหตุโดยระบุตาม dose ที่ให้จริง

ตัวอย่าง

The image shows two screenshots from a medical software interface. The left screenshot is a 'Card on' form for 'Actrapid HM PenFill 3 ml'. It includes fields for 'ประเภท' (SC), 'Dosage/เมื่อให้' (highlighted with a red box), 'วิธีใช้ยา' (highlighted with a red box), 'จำนวน(ขวด)' (0), 'รับยา' (1.แต่ละมื้อเท่ากัน), 'รูปแบบเวลา' (bid ac 7-16), 'เวลาให้ยา' (11.00-16.00), 'วันที่เริ่มให้ยา' (25-08-2559), and 'เวลาที่หยุดให้ยา'. The right screenshot is a medication list for a patient in Ward 30, showing a table with columns for 'จ่าย', 'หมายเหตุ', 'งดยา', 'เตียง', 'ชื่อผู้ป่วย', 'Time', 'ชื่อยา', 'Preg', 'จำนวน', and 'หน่วย'. A red box highlights a row for 'Actrapid (R) 100u/l' at 17.00, with a note: '*Sig. if DTX 200-250 ให้ Actrapid 10 U if DTX 250-300 ให้ Actrapid 15 U if DTX 301-350 ให้ Actrapid 20 U if DTX 351-400 ให้ Actrapid 25 U'.

3.11. คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมื้อไม่เท่ากัน

- การสร้างการ์ดยาให้เลือกรูปแบบ “แยกมื้อ”

3.12. คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน เช่น ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำ Hemodialysis/ยาที่ให้หลังทำหัตถการ

- การสร้างการ์ดยาให้เลือกรูปแบบ “prn” (เมื่อผู้ป่วยทำหัตถการเสร็จแล้ว พยาบาลต้องมีการตรวจสอบและให้ยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์)

3.13. คำสั่งการรักษาที่เป็นยา premed/ยาเคมีบำบัด

- การสร้างการ์ดยาให้เลือกประเภท “อื่นๆ (On Call, Pre Med, Chemo)”

3.14. กรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด/ห้องหัตถการ ได้แก่ ยา Antibiotic prophylaxis

- สร้างการ์ดยา ให้เลือกประเภท “อื่นๆ (On Call, Pre Med, Chemo)” และต้องพิมพ์การ์ดยาแนบไปกับยาที่ส่งให้ห้องผ่าตัด
- กรณีเป็นยาเดิมที่ให้อยู่แล้ว ไม่ต้องสร้างการ์ดยาใหม่ แต่ต้องพิมพ์การ์ดยาตามเวลาแนบไปกับยาที่ส่งให้ห้องผ่าตัดพร้อมกับสื่อสารแจ้งวิสัญญีทราบ

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

- กรณีแพทย์สั่งยา ให้สร้างการ์ดยาตามระบบ
- ถ้าแพทย์ไม่สั่งยา ให้พยาบาลสร้างการ์ดยาขึ้นมาเองได้
- กรณีให้ Heparin/NSS ตามหลังการฉีดยาตัวอื่นๆไม่ต้องสร้างการ์ด และไม่ต้องลงจ่ายยา

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

4. การตรวจรับยาจากฝ่ายเภสัชกรรม

- 4.1. เมื่อได้รับยาจากฝ่ายเภสัชกรรม พยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา ปริมาณยาซึ่งถ้าเป็นยา Continuous เภสัชกรรมจะเตรียมยาแบบ three days dose
- 4.2. ตรวจรับยาในโปรแกรมรับ Order ยา(ปุ่มตรวจรับยาจากห้องยา) ถ้ามีความคลาดเคลื่อนให้ตรวจสอบความถูกต้องกับฝ่ายเภสัชกรรม และลงบันทึกในโปรแกรม Incident report ระบุเป็น Dispensing error ผู้ป่วยใน

5. การจัดเตรียมยา

- 5.1. ตรวจสอบความถูกต้องของการ์ดยากับคำสั่งการรักษาของแพทย์ทุกผลัด
- 5.2. จัดเตรียมยาโดยการตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา วิธีทางการให้ และเวลาให้ยา
- 5.3. การเตรียมยาฉีดที่เป็น Ampule กรณีที่ใช้ไม่หมด Amp ในครั้งเดียว ยาที่เหลือจากการเตรียมแต่ละครั้ง หากจำเป็นต้องใช้ต่อให้ดูดเก็บไว้ใน Syringe และติดสติ๊กเกอร์ระบุ ชื่อยา ขนาดยา เวลาที่เตรียม และเวลาที่ต้องทิ้งยา ติดที่ข้าง Syringe ทุกครั้ง (ไม่เก็บยาที่เปิดแล้วเกิน 24 ชั่วโมง)
- 5.4. การละลายยาฉีดชนิดผง ถ้ามีสารละลายคู่มาด้วยยาให้ใช้สารละลายที่ให้มาเท่านั้นในการละลายผงยา เนื่องจากอาจมีปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยากับตัวทำละลาย
- 5.5. การใช้ Solution สำหรับ dilute ยาเพื่อ drip ให้ตรวจสอบความเข้ากันได้ ความคงตัวของยาในสารละลายแต่ละชนิดจากคำเตือนการบริหารยาและ Drug Stability ก่อนการเตรียม
- 5.6. การเตรียมยาฉีด (ชนิด Vial) ที่ผสมแล้วเก็บไว้ในครั้งต่อไป ให้ระบุรายละเอียด เต็มย ชื่อ-สกุล HN ความเข้มข้นของยา วัน/เวลาที่ผสม และหมดอายุ ชื่อผู้ผสม โดยติดสติ๊กเกอร์ข้างขวดยา (ระยะเวลา ความคงตัวของยา และการเก็บรักษาจาก Drug Stability คู่มือยา หรือสอบถามข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลยา 1314)
- 5.7. ยาฉีดที่บรรจุใน Syringe ต้องมีสติ๊กเกอร์การ์ดยาระบุ ชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา วิธีทางการให้ และเวลาให้ยาติดที่ข้าง Syringe ทุกครั้ง
- 5.8. ยาฉีดที่ผสมในสารละลายหยดทางหลอดเลือดดำ ต้องมีสติ๊กเกอร์การ์ดยาผสมระบุ ชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา วิธีทางการให้ และเวลาให้ยาติดที่ข้างขวดทุกครั้ง
- 5.9. กรณีผู้จัดเตรียมยาเป็นนักศึกษาพยาบาลต้องเตรียมยาภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาล หรือพยาบาลวิชาชีพ
- 5.10. ผู้เตรียมยา และผู้ให้ยาต้องเป็นคนเดียวกัน

6. การตรวจทานซ้ำ (Double Check)

- 6.1. การตรวจทานซ้ำก่อนการให้ยา ผู้เตรียมยาและผู้ตรวจทานซ้ำต้องไม่ใช่พยาบาลคนเดียวกัน (Independent check) และผู้ตรวจทานซ้ำเป็นผู้ชำนาญกรณมีพยาบาลปฏิบัติงานคนเดียวให้ตรวจทานซ้ำด้วยตนเอง

6.2. การตรวจทานซ้ำเพื่อความถูกต้อง ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล HN ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา วิธีทางการให้ และเวลาให้ยา

- ยาฉีดตรวจทานซ้ำหลังการเตรียมยาแล้ว และต้องวาง Ampule/Vial ไว้เพื่อการตรวจสอบ
- ยารับประทานที่มีฟรอยด์ ให้เตรียมยาทั้งฟรอยด์เพื่อตรวจสอบ

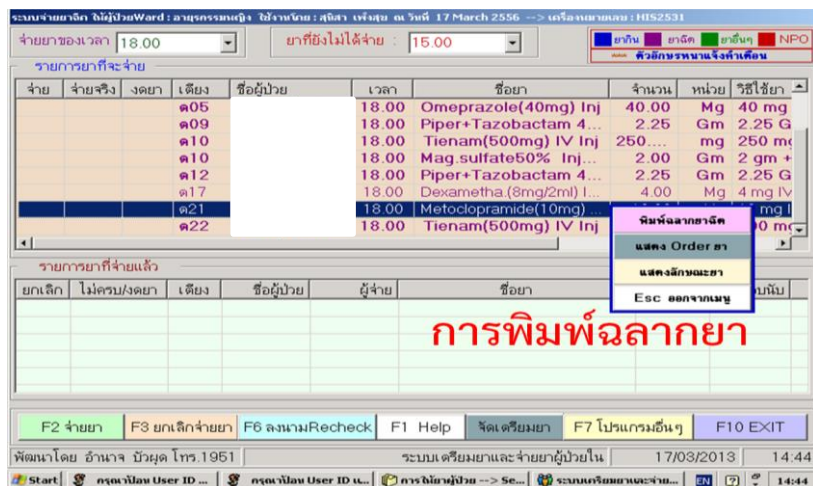
6.3. ลงบันทึกการตรวจทานซ้ำในโปรแกรม Recheck ยาทันที ห้ามลงรหัสผู้อื่นในการตรวจทานซ้ำ

6.4. กรณีพบความคลาดเคลื่อนจากการตรวจทานซ้ำ ให้ลงบันทึกในโปรแกรม Near miss ไม่ต้องบันทึกในโปรแกรม Incident Report ให้ดำเนินการเตรียมยาและตรวจทานซ้ำใหม่

7. การให้ยาผู้ป่วย

7.1. ใช้โมบายคอมพิวเตอร์สำหรับจ่ายยาในการให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง โดยตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา สารละลายที่ใช้ผสม วิธีทางการให้ และเวลาที่ให้ ก่อนให้ยาผู้ป่วย กรณีไม่สามารถใช้โมบายคอมพิวเตอร์ ให้พิมพ์การ์ดยา/ฉีดจากหน้าจอจ่ายยา (ตามภาพตัวอย่าง) แนบไปด้วยเพื่อการตรวจสอบซ้ำก่อนให้ยา

ภาพหน้าจอการจ่ายยา



7.2. ก่อนให้ยาต้องมีการระบุตัวผู้ป่วย อย่างน้อย 2 ชนิด ได้แก่ ชื่อ-สกุล HN หรือพยาบาลต้องสอบถามชื่อ-สกุล และดูป้ายชื่อมือผู้ป่วยให้ตรงกับการ์ดยา กรณีไม่ทราบชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ตรวจสอบจากนามสมมุติและ HN

7.3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วย/ญาติ

7.4. ก่อนให้ยาแต่ละรายการให้ตรวจสอบคำเตือนการให้ยา (ถ้ามี) ซึ่งจะแสดงไว้ด้วยตัวพิมพ์หนา ที่ชื่อยานั้นๆในโปรแกรมจ่ายยา

7.5. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทันที หากผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อนั้นให้นำกลับมาก่อน **ยาที่บรรจุฟรอยด์ ก่อนให้ยาต้องแกะยาออกจากฟรอยด์ทุกครั้ง**

7.6. ในกรณียาฉีดชนิด IV drip ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่หรือมีหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ห้ามวาง/แขวนขวดยาที่ยังไม่ไหว ให้นำกลับมาที่ห้องยาเพื่อรอให้ต่อหรือส่งเวรให้ผู้รับผิดชอบต่อไป

7.7. การให้ยาหลายชนิดทาง IV โดยใช้เส้นเดียวกันและเวลาต่อเนื่องกัน ให้ฉีด NSS 3-5 ซีซี ก่อน/หลังการให้ยาแต่ละตัวเพื่อป้องกันการเกิด drug interaction ระหว่างยา

- 7.8. บันทึกการให้ยาให้ยาทันทีหลังให้ยาผู้ป่วยแต่ละราย หากให้ยาช้าหรือเร็วกว่าเวลาที่กำหนดเกิน 1 ชั่วโมง ต้องระบุเหตุผลทุกครั้ง
- 7.9. กรณีผู้ให้ยาเป็นนักศึกษาพยาบาลต้องทำภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลหอผู้ป่วย/หน่วยงานเป็นผู้ลงรหัสผู้จ่ายยาโดยระบุหมายเหตุว่า “จ่ายยาโดย... (ชื่อ)...นักศึกษาพยาบาล/...(ชื่อ)...อาจารย์พยาบาล”
- 7.10. กรณีแพทย์เป็นผู้ให้ยา ถ้าแพทย์ไม่ได้บันทึกการให้ยาด้วยตนเอง ให้พยาบาลลงจ่ายยาแทน โดยระบุชื่อแพทย์ผู้จ่ายไว้ในช่องหมายเหตุ
- 7.11. กรณียาวิจัย หากแพทย์/พยาบาลผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ให้ยา ต้องลงบันทึกการให้ยาในโปรแกรมจ่ายยาด้วยตนเอง โดยแพทย์ลงบันทึกในหน้าจ่ายยาของแพทย์ ส่วนพยาบาลผู้ช่วยวิจัยให้หอผู้ป่วยเพิ่มเป็นชื่อเจ้าหน้าที่ชั่วคราว
- 7.12. ยาในกลุ่ม Stat A ต้องให้ยาภายใน 30 นาที ส่วนยา Stat B ต้องให้ยาภายใน 60 นาทีหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา
- 7.13. การให้ยาที่ให้ Continuous IV drip ให้มีการตรวจสอบและลงบันทึกจ่ายยาตามขั้นตอนทุกครั้งที่มีการเปลี่ยน ขวด/ Syringe/ เพิ่มยาใน Volutrol กรณีที่มีการปรับเปลี่ยน rate ไม่ต้องลงบันทึกจ่ายยาเพิ่ม
- 7.14. กรณีจำเป็นที่แพทย์ต้องสั่งยาด้วยวาจา /โทรศัพท์
- 7.14.1 ให้พยาบาลสร้างการรดยาเองและจ่ายยาตามระบบโดยมีการตรวจทานซ้ำจากพยาบาล 2 คนในทุกขั้นตอน และติดตามให้แพทย์สั่งยาเข้าโปรแกรมภายใน 24 ชั่วโมง โดยต้องมีการตรวจสอบคำสั่งร่วมกับแพทย์ว่าเป็นการสั่งย้อนหลังไม่ใช่การสั่งเพื่อให้ยาเพิ่มใหม่ พยาบาลรับคำสั่งและส่งใบสั่งยาคืนหอผู้ป่วยโดยไม่ต้องสร้างการรดยาซ้ำ
- 7.14.2 กรณีฉุกเฉินเร่งด่วนเพื่อการช่วยชีวิต/ภาวะวิกฤต สามารถให้ยาได้ทันทีตามขั้นตอนการเตรียมยา โดยไม่ต้องสร้างการรดยา แต่ก่อนให้ยาต้องมีการทวนขานยาซ้ำกับแพทย์ผู้สั่ง และดำเนินการสร้างการรดยาพร้อมจ่ายยาย้อนหลังเมื่อแพทย์สั่งยาเข้าระบบ

8. การติดตามหลังการให้ยา และอาการไม่พึงประสงค์

- 8.1. กรณีให้ยาโดยใช้ Infusion pump หรือ Devices อื่นๆ ต้องมีการตรวจเยี่ยมอัตราการให้ยาตามแผน/เวลาที่กำหนด และบันทึกปริมาณการให้ยาลงในโปรแกรม Graphic sheet
- 8.2. ติดตามผลข้างเคียง ผลลัพธ์ และอาการไม่พึงประสงค์จากยา บันทึกการติดตามลงในโปรแกรม Nursing Progress note
- 8.3. กรณีผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์ ให้แจ้งแพทย์ทันที และบันทึกในโปรแกรมการแพ้ยาเพื่อเป็นข้อมูลให้เภสัชกรมา Verify

9. การเก็บรักษายาในหอผู้ป่วย

- 9.1. ยาทุกชนิดของผู้ป่วยให้เก็บในภาชนะ/กล่อง/ช่องเก็บยาของผู้ป่วย โดยระบุชื่อ-สกุล หมายเลขเตียง/ห้อง ให้ถูกต้อง กรณีมีการย้ายเตียงให้ย้ายยาที่อยู่ในช่องเก็บยาของผู้ป่วยทุกครั้ง
- 9.2. ยาสำรอง (Stock) และยาสามัญของหอผู้ป่วยแยกประเภทการจัดเก็บให้ชัดเจน เป็นยาจับประทาน ยาฉีด ยาใช้ภายนอก มีฉลากยากำกับชัดเจน ระบุชื่อยา จำนวนยาสำรองแต่ละรายการ และวันหมดอายุ
- 9.3. ยาสำรองของหอผู้ป่วยมีตามรายการที่ได้รับอนุมัติเท่านั้น และต้องมีการตรวจสอบให้ถูกต้องตามบัญชียาสำรองที่กำหนด ต้องตรวจสอบวันหมดอายุทุกเดือน ยาที่จะหมดอายุภายใน 3 เดือนให้ส่งแลกกับฝ่ายเภสัชกรรม
- 9.4. กรณีแพทย์สั่งหยุดยาหรือจำหน่ายกลับบ้าน ให้ส่งคืนยาทันที
- 9.5. ห้ามเก็บยาทุกชนิดบริเวณตู้เย็น ยาในห่วงโซ่ความเย็น (Cold Chain) ต้องเก็บในตู้เย็นทันที และเมื่อมีการส่งต่อไปหน่วยงานอื่น ต้องให้ยาดังกล่าวอยู่ในกระเป๋ายาเย็นหรืออุปกรณ์ที่รักษาความเย็นให้อุณหภูมิตลอดทาง
- 9.6. ควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาให้อยู่ในระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส และบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยารวันละ 1 ครั้ง
- 9.7. ยาเสพติดและยา KCL ชนิดฉีดให้เก็บแยกต่างหาก มีการควบคุมการเข้าถึง และบันทึกการใช้ยาครบถ้วน กรณียา KCL ที่เบิกในชื่อผู้ป่วยให้คืนห้องยาทันทีที่หยุดใช้ยา
- 9.8. ยาอื่นๆ ให้เก็บตามคำแนะนำด้านข้างบรรจุภัณฑ์ ถ้ามีข้อสงสัยให้สอบถามฝ่ายเภสัชกรรม 1304

10. การบริหารยา HAD (High Alert Drug)

- 10.1 ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการให้ยาดังกล่าวข้างต้น และติด sticker visual control (ชื่อยา HAD แยกสีตามชนิดของยา) ที่ Syringe/ขวดยา/Volutrol ทุกครั้ง
- 10.2 แขนงป้ายยา HAD และ/หรือมีแนวปฏิบัติในการดูแลการให้ยา HAD เพื่อสื่อสารให้ทีมมีการเฝ้าระวัง
- 10.3 ใช้เครื่อง Infusion pump / Syringe pump ควบคุมการไหลของยาตามเกณฑ์การบริหารยา HAD
- 10.4 พยาบาลผู้รับคำสั่งยาตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยควรได้รับกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง หากพบข้อผิดพลาดหรือข้อสงสัยให้สอบถามกับแพทย์ผู้สั่งการรักษาทันที
- 10.5 Double Check ยาที่เตียงผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้ยา
- 10.6 กรณีเป็นยาที่เริ่ม start ครั้งแรก ให้ผู้ Double Check ตรวจสอบการรดยากับคำสั่งการรักษาของแพทย์ด้วย
- 10.7 ก่อนเริ่มให้ยาที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อ และให้ทาง Peripheral vein ต้องตรวจสอบตำแหน่งเส้นด้วย NSS หรือ 5% D/W ทุกครั้ง
- 10.8 กรณีเกิด Extravasation หยุดให้ยาทันที ดูยาที่รั่วซึมออกให้มากที่สุด ก่อนถอดเข็มต้องดูให้อากาศอยู่ใน Syringe เล็กน้อย จากนั้นประคบร้อน/เย็น ตามคำแนะนำในโปรแกรม Drug tips

10.9 ปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังและติดตาม การให้ยา HAD แต่ละชนิด ตามที่ระบุไว้ในโปรแกรม High Alert Drug ในระบบ HIS

11. การบริหารยาเคมีบำบัด ปฏิบัติเช่นเดียวกับยา HAD โดยผู้บริหารยาเคมีบำบัดต้องเป็นผู้ผ่านการอบรม หลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

12. กรณีเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ให้รายงานในโปรแกรม Incident report ระบบ HIS โดยเลือกตามหัวข้อ ดังนี้

12.1 Prescribing error: ความผิดพลาดจากคำสั่งใช้ยาของแพทย์

12.2 Dispensing error: ความผิดพลาดจากการจัด-จ่ายยาของเภสัชกร

12.3 Administration error: ความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาล (ยกเว้นข้อมูลที่บันทึกใน near-miss record)

13. ตัวชี้วัดคุณภาพ

13.1 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

13.2 ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา

14. แหล่งข้อมูลในการบริหารยา

14.1 ระบบ HIS

- โปรแกรม Drug Stability

- คำเตือนการให้ยา

- Drug Tip

- Drug Alert

14.2 ศูนย์ข้อมูลยา ฝ่ายเภสัชกรรม

ในเวลาราชการ : 1314

นอกเวลาราชการ : 1304, 1319

กำหนดเวลามาตรฐานการให้ยา

คำสั่งการให้ยา	ยากิน/ยาฉีด	Tube feed	Tube feed (DM) เวลา Feed อาหาร 7-12-17-22
Bid ac	7-16	9-17 (5,6 feed) 5-17 (4 feed)	6-16
Bid pc	9-18	6-18	7-17
Bid pc (เช้า-เที่ยง)	9-13	10-14 6-12	7-12
Bid pc & hs	9-18-20	6-18-22	7-17-20
tid ac	7-11-16	9-13-17 (5,6 feed) 5-11-17 (4 feed)	6-11-16
tid ac & hs Qid ac	7-11-16-20	9-13-17-20	6-11-16-20
tid pc	9-13-18	10-14-18	7-12-17
tid pc หลังอาหารทันที	8-12-17		
tid pc & hs / Qid pc	9-13-18-20	10-14-18-22	7-12-17-22
tid pc & hs หลังอาหารทันที/ Qid pc หลังอาหารทันที	8-12-17-20		
hs	20	20,22,24	22
OD ac เช้า	7	5	6 9
OD ac เย็น	16	17	16
OD pc เช้า	9	6	7
OD pc เย็น	18	18	17
OD pc เช้า หลังอาหารทันที	8		
OD pc เย็น หลังอาหารทันที	17		
เช้า - ก่อนนอน	9-20	6 -20 6 - 22	7-22
เช้าหลังอาหารทันที - ก่อนนอน	8-20		

คำสั่งการให้ยา	ยากิน/ยาฉีด	Tube feed	Tube feed (DM) เวลา Feed อาหาร 7-12-17-22
q 1 hr			
q 2 hr			
q 2 hr คุ			
q 2 hr คี			
q 3 hr			
q 4 hr	2-6-10-14-18-22		
q 6 hr	6-12-18-24		
q 8 hr	2-10-18 6-14-22		
q 12 hr	6-18 10-22		
q 24 hr			
stat			