

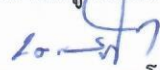


แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
โรงพยาบาลอัมพวา

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๒
สำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาลอัมพวา

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลอัมพวา	
ชื่อหน่วยงาน.....โรงพยาบาลอัมพวา.....	
วัน/เดือน/ปี.....๒๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒.....	
หัวข้อ.....ขออนุญาตเผยแพร่ คู่มือ/มาตรฐาน/แนวปฏิบัติต่างๆ ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ คุณธรรมความโปร่งใส ขึ้นเผยแพร่บน web site ของโรงพยาบาลอัมพวา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)๑. คู่มือ/มาตรฐาน/แนวปฏิบัติต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอัมพวา	
Link ภายนอก	www.amphos.go.th
หมายเหตุ.....	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางสาวชมพูนุท สุขโต) นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายสิทธิโชค จิตวงศ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒
ผู้รับผิดชอบนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวชมพูนุท สุขโต) นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒	



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลอัมพวา โทร. ๐ ๓๔๗๐ ๒๑๑๒-๔ ต่อ ๒๐๔

ที่ สส ๐๐๓๒.๓๐๑ /

วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตนำคู่มือ/มาตรฐาน การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมและความโปร่งใส ขึ้นเผยแพร่บน
web site ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ตามที่รัฐบาลกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินการตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment :ITA) ประเด็นการเปิดเผยข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี อำนาจความ สะดวก และสามารถตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารภาครัฐที่ ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน นั้น

กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลอัมพวา จึงขออนุญาตนำคู่มือ/มาตรฐาน /แนวปฏิบัติต่างๆ ใน การดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอัมพวา ตามเกณฑ์ ITA EB๑-EB๒๖ เผยแพร่บน Web site ของโรงพยาบาลอัมพวา ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขออนุมัติให้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ต่อไป

(นางสาวชมพูนุท สุขโต)
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ


อนุญาตให้นำขึ้นเผยแพร่ได้

(นายสิทธิโชค จิตวงศ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

PC + F

ER/1

รับ 28/3/2557

 กระทรวงสาธารณสุข	ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
		เรื่อง การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)
		ตัวชี้วัด Medication Error
		หน่วยงาน / ทีม PCT ทบทวนครั้งที่ 3 วันที่ทบทวน 28 / 03 / 2557
<p>1. วัตถุประสงค์</p> <p style="padding-left: 40px;">เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด</p> <p>2. ขอบข่าย</p> <p style="padding-left: 40px;">ทุกแผนกที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>3. ความรับผิดชอบ</p> <p style="padding-left: 40px;">1. แพทย์และ/หรือนุคลากรอื่นที่ เป็นผู้สั่งใช้ยา เป็นผู้ประเมินอาการและทบทวนประวัติของผู้ป่วยก่อนว่าสมควรจะได้รับยาใด รูปแบบใด วิธีทางใด จำนวนเท่าใดจึงจะเหมาะสม และติดตามอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อยาที่ได้รับ และการปรับเปลี่ยนชนิดของยา ขนาด ความถี่ของการได้รับยาตามความจำเป็น และเขียนสั่งยาอย่างชัดเจน หรือสั่งยาผ่านระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ที่ต้องดำเนินการในขั้นตอนต่อไปปฏิบัติได้ตรงตามความต้องการ</p> <p style="padding-left: 40px;">2. เภสัชกร มีหน้าที่จัดซื้อยาตามนโยบาย จัดเก็บ เตรีย และกระจายยา ตลอดจนให้ข้อมูลเรื่องยา แก่ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่ประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา เมื่อเกิดความสงสัยในขนาดยา วิธีทางการให้ยา ความถี่ในการใช้ยา จำนวนยาที่สั่งจ่าย หรือประวัติการแพ้ยาต้องสอบถามผู้สั่งใช้ยาให้เกิดความชัดเจนก่อนการจ่ายยาทุกครั้ง การตรวจสอบยาก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยนอกและก่อนการส่งยาขึ้นบนหอผู้ป่วยควรมีความชัดเจนและปฏิบัติต่อเนื่อง มีการบันทึกข้อผิดพลาดที่เป็นระบบ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับระบบการทำงานเพื่อลดข้อผิดพลาด</p> <p style="padding-left: 40px;">3. พยาบาล มีหน้าที่ตรวจสอบยาที่เภสัชกรส่งมาที่หอผู้ป่วยว่าถูกต้องตามที่ผู้สั่งใช้ยาต้องการหรือไม่ และมีระบบการตรวจสอบซ้ำ พร้อมทั้งสอบถามการแพ้ยาของผู้ป่วยอีกครั้งว่า แพ้ยาดังกล่าวหรือไม่ก่อนให้ยา สังเกตอาการของผู้ป่วยในช่วงเวลานั้นว่าสมควรได้รับยาที่สั่งในมือนั้นต่อเนื่องหรือไม่ หรือควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาได้รับทราบอาการก่อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดักจับปัญหาที่มาจากจุดอื่นในกระบวนการใช้ยา และสามารถช่วยป้องกันปัญหาที่จะเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการให้ยาแก่ผู้ป่วย</p>		

Pre-administration หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการก่อนให้ยาบนหอผู้ป่วย หรือหน่วยที่มีการให้ยาผู้ป่วยเช่น การเขียน /การติดฉลากคำสั่งใช้ยาลงในบัตรให้ยา (medication card) หรือแบบบันทึกการให้ยา (medication administration record : MAR, medication sheet) การจัดยา การผสมยา แต่บุคลากร สามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนดังกล่าวและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย

Administration error หมายถึง การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา

การจัดกลุ่มผลของความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีต่อผู้ป่วย

- A. หมายถึง ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้
- B. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อน ไปไม่ถึงผู้ป่วย
- C. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว
- D. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
- E. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
- F. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
- G. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
- H. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)
- I. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

5. เอกสารอ้างอิง

ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล และสุวัฒนา จุฬาวัดฒนทล. การป้องกันความคลาดเคลื่อน ทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร

5. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างสมบูรณ์

6. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนข้อบ่งใช้ประกอบการเขียนคำสั่งใช้ยา ยกเว้น ผู้สั่งใช้ยาจะเห็นว่าไม่เหมาะสมในการระบุข้อบ่งใช้

7. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรใส่ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการประกอบการเขียนคำสั่งใช้ยา เช่น น้ำหนักตัวของผู้ป่วย อายุของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น

8. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาไม่ควรเขียนเลข "0" ตามหลังจุดทศนิยม (เช่น 1.0) แต่ควรเขียนตัวเลข "0" นำหน้าจุดทศนิยมในกรณีที่น้อยกว่า "1" (เช่น 0.1)

9. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนขนาดและความแรงของยาโดยระบบเมตริก ยกเว้นยาบางชนิดซึ่งใช้ระบบอื่นอย่างแพร่หลาย และไม่ควรมีเขียนหน่วยของขนาดยาแบบย่อ

10. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาไม่ควรใช้ตัวย่อในส่วนต่างๆ ของคำสั่งใช้ยา รวมทั้งชื่อยาและไม่ควรมีเขียนภาษาละตินในการเขียนวิธีการใช้ยา

11. จัดทำรายการยาห้ามย่อ และคำย่อมาตรฐานของยาในโรงพยาบาล

12. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรปฏิบัติตามได้ตลอดเวลาที่มีปัญหาเกี่ยวกับคำสั่งใช้ยาที่เขียน

13. มีระบบการใช้สำเนา Doctor order sheet เพื่อเภสัชกรได้ทบทวนคำสั่งการใช้ยา

การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

1. เภสัชกรผู้จ่ายยาควรมีความคุ้นเคยกับระบบการสั่งยา นโยบาย และกระบวนการจ่ายยา และเวชภัณฑ์อื่นในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงาน

2. เภสัชกรควรมีแหล่งข้อมูลทางยาในด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและการใช้ยาที่เหมาะสม

3. เภสัชกรควรพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้ถูกต้องทันสมัยเสมอ

4. บริเวณจัดเตรียมยาควรเอื้อให้เกิดความถูกต้องในการเตรียมยา

5. การจัดเรียงยาในชั้นวางยาต้องแยกความแตกต่างที่ชัดเจน

6. เภสัชกรควรมีข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน เพื่อสามารถประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา

7. เภสัชกรควรทบทวนคำสั่งใช้ยาด้านฉบับ ประเมินความเหมาะสมของยาที่ถูกจ่าย ไม่สรุปหรือคาดเดาหากมีข้อสงสัยในคำสั่งใช้ยา ควรติดต่อผู้สั่งใช้ยาเพื่อทำความเข้าใจแก้ปัญหาร่วมกันก่อนจัดจ่ายยา

8. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมต้องทบทวนเหตุการณ์และตรวจสอบยาหากมียาถูกส่งคืนมา และแจ้งให้เภสัชกรทราบ

การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

1. พยาบาลผู้ให้ยาควรมีความคุ้นเคยกับระบบการใช้ในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงาน
2. พยาบาลผู้ให้ยาควรมีข้อมูลเรื่องโรคและการรักษา ข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลยาอย่างครบถ้วนก่อนเตรียมยาและให้ยา เพื่อให้การให้ยามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด
3. มีฉลากที่ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น วันเวลาที่เปิดใช้ครั้งแรก และวันหมดอายุ
ในกรณียา Multiple dose
4. การเตรียมยา จะมีชื่อยา ชื่อผู้ป่วย ขนาดยา วิธีบริหารยา ที่กระบอกฉีดยา มีระบบการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลอีกคน
5. การบริหารยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามผู้ป่วยและต้องให้ผู้ป่วย ระบุชื่อตนเอง พยาบาลสอบถามข้อมูลการแพ้ยา โรคหรืออาการที่มารับการรักษาครั้งนี้ และโรคประจำตัวทุกครั้ง พยาบาลผู้บริหารยาลงเวลา real time พร้อมลงลายมือชื่อผู้ให้ยา
6. สภาพแวดล้อมในการให้ยาควรเอื้ออำนวยให้เกิดความถูกต้องในการให้ยา
7. พยาบาลผู้ให้ยาควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการติดต่อประสานการทำงานทั้งแพทย์และเภสัชกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีปัญหาหรือคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา เนื่องจากผู้ให้ยาเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด
8. พยาบาลผู้ให้ยาควรทบทวนคำสั่งใช้ยาฉบับจริงอีกครั้งก่อนให้ยาครั้งแรก และเปรียบเทียบกับยาที่ได้จากกลุ่มงานเภสัชกรรม ผู้ให้ยาไม่ควรให้ยาจนกว่าจะเข้าใจถ่องแท้ถึงคำสั่งใช้นยา นอกจากนั้นผู้ให้ยาควรตรวจสอบลักษณะทั่วไปของยา วันหมดอายุของยา หากมีข้อสงสัยควรสอบถามเภสัชกรก่อนให้ยาทุกครั้ง
9. ผู้ให้ยาควรตรวจสอบผู้ป่วยให้ตรงกับยาที่ควรได้รับก่อนให้ยาทุกครั้ง และควรสังเกตผู้ป่วยหลังได้ยาไประยะหนึ่ง
10. กรณีต้องอาศัยการคำนวณในการให้ยา ผู้ให้ยาควรตรวจสอบผลที่ตนคำนวณได้กับพยาบาลคนอื่นทุกครั้ง
11. ผู้ให้ยาควรให้ยาตรงตามเวลาที่กำหนดในคำสั่งใช้ยา และหลังจากให้ยาแล้วควรลงบันทึกการให้ยาทันที
12. ผู้ให้ยาไม่ควรยืมยาของผู้ป่วยคนอื่น หรือนายาที่เหลือมาใช้ก่อน
13. หากมีการสั่งใช้ยาในปริมาณหรือขนาดสูงกว่าปกติ ผู้ให้ยาควรตรวจสอบกับผู้สั่งใช้ยาหรือเภสัชกรก่อนให้ยา
14. ผู้ให้ยาควรรอดูผลการรักษา และอาการอันไม่พึงประสงค์หลังจากให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้วสักระยะ

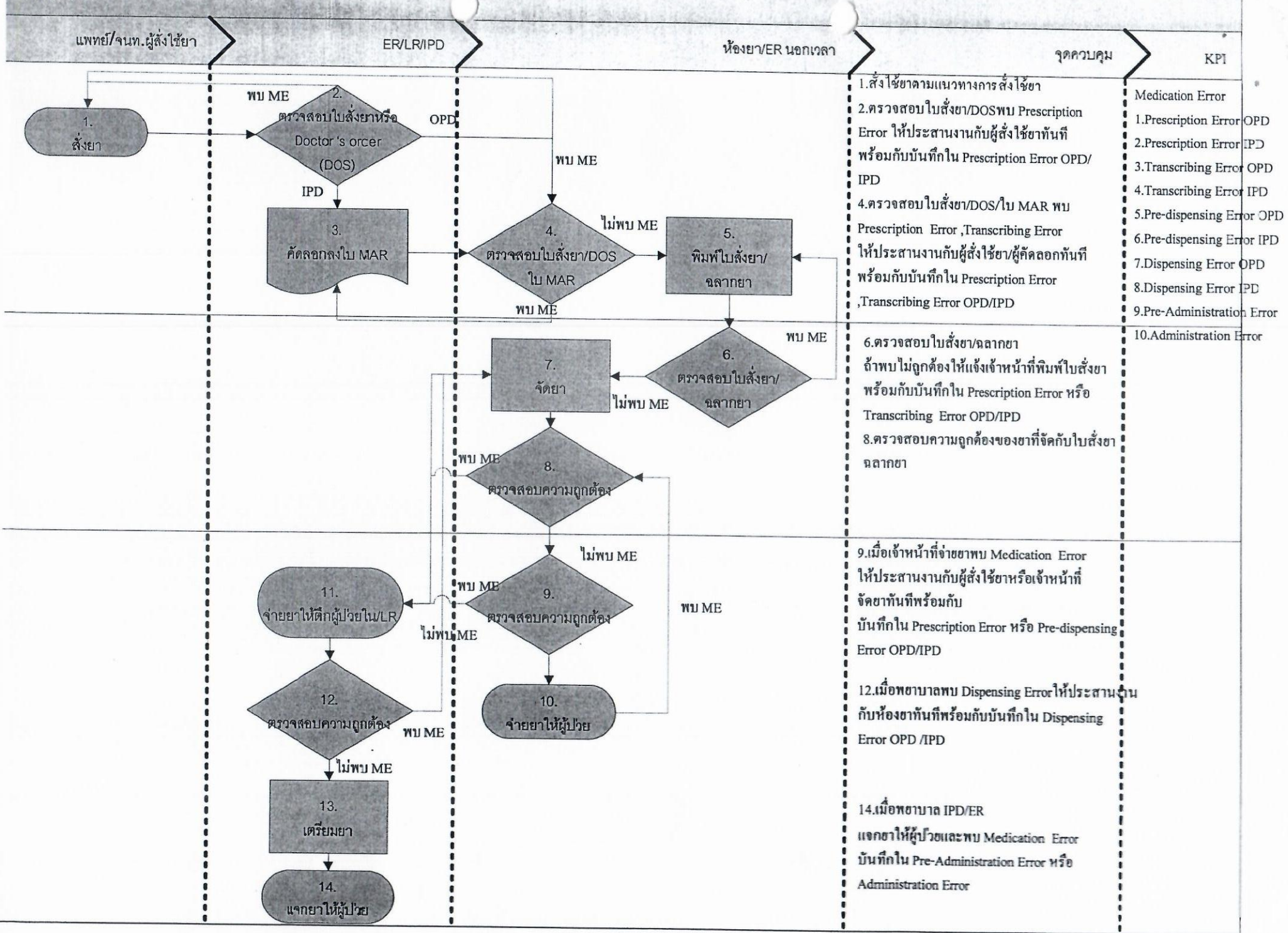
คำห้ามยี่ห้อที่ไม่ควรใช้ในโรงพยาบาล อัมพวา

ยาที่พบว่าเป็นสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ตัวย่อ สัญลักษณ์ รูปแบบการสั่งใช้	ปัญหาที่อาจพบ	คำแนะนำในการสั่งใช้
A10	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	ให้เขียนเป็น Amitriptyline 10 mg
CPZ	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	ให้เขียนเป็น Chlorpromazine
DXT	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	Dextro, Dextromethophan
RND	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	Ranitidine
E5, E20	เข้าใจผิดเป็น B6	Enalapril 5, 20 mg
การเขียนผสมยาเป็นอัตราส่วน เช่น 1:1, 2:1, 1:10	ผู้รับคำสั่งอาจแปลความหมายผิดพลาด ไม่ตรงตามที่แพทย์ต้องการ	ให้ระบุปริมาณยาที่ต้องการ เช่น หน่วย mg, unit และปริมาตรสารน้ำที่ต้องการ เป็นหน่วย ml
Q.D.	อาจถูกมองเป็น " QID "	ให้ระบุเป็น OD
A.D., E.O.D, Q.O.D	อาจเข้าใจผิดเป็น O.D.	ให้ระบุเป็นวันเว้นวัน
คำย่อ u	อาจคล้าย 0, 4 หรือ cc	ให้เขียนเป็น unit
คำย่อ cc	อาจแปลความหมายผิดพลาดเป็น 100 เท่า ของขนาดยาที่ใช้	ให้เขียนเป็นหน่วย ml
การเขียน 0 หลังจุดทศนิยม และไม่เขียน 0 หน้าจุดทศนิยม	อาจแปลความหมายผิดพลาดไป 10 เท่า ของขนาดยาที่สั่งใช้	ไม่เขียน 0 หลังจุดทศนิยม เช่น 1 เขียน 0 หน้าจุดทศนิยม เช่น 0.1
µg	อาจคล้าย mg	เขียนเป็น mcg
MKD	เกิดความคลาดเคลื่อนเป็น mg/ kg/dose หรือ mg/kg/day	MK day หรือ MK dose

คำย่อ	ความหมาย
PGS	Penicillin G sodium
PTU	Propylthiouracil
PZA	Pyrazinamide
RI	Regular Insulin
TT	Tetanus Toxoid
TA	Triamcinolone
TAT	Tetanus Antitoxin
WFI	Water for injection

Medication Error




๒๒/๒๒

PC

EP/2

รวม 8/3157

 วิทยาลัยการสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงคราม	ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
		เรื่อง การให้บริการให้คำปรึกษา ด้านยาและผลิตภัณฑ์ แก่ผู้ป่วย (Drug Counseling)
		ตัวชี้วัด Closed out drug counseling $\geq 80\%$
		หน่วยงาน / ทีม ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ทบพวนครั้งที่ 3 วันที่ทบพวน 8/03/2557

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราของการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง
2. เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตามของผู้ป่วย (Patient Compliance)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาที่มีวิธีใช้ที่เฉพาะได้อย่างถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์การใช้ยา
5. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการเก็บรักษาอย่างถูกวิธี และทราบถึงผลเสียของการเก็บรักษาที่ไม่ถูกวิธี
6. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ยาให้เป็นไปตามแผนการรักษา

วิธีปฏิบัติ

1. ให้เภสัชกรเตรียมความพร้อมของตนเอง วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ให้พร้อมทุกวัน ก่อนทำการให้คำปรึกษา
2. ให้แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล ทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ตามเกณฑ์การคัดกรอง ส่งเข้ารับบริการให้คำปรึกษาด้านยาและผลิตภัณฑ์โดยบันทึกข้อมูลในระบบ LAN ว่า “ส่งผู้ป่วย Counseling” ระบุปัญหาด้านยาที่ต้องการให้ Counseling ใน OPD card และแจ้งให้ผู้ป่วยนำ OPD card มาขึ้นที่ห้องยา หรือผู้ป่วยสนใจขอรับบริการเอง ให้ติดต่อขอรับบริการได้ที่งานเภสัชกรรมชุมชน
3. ให้เภสัชกรทักทายและแนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยทราบ และแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการให้บริการให้คำปรึกษา
4. ให้เภสัชกรตรวจสอบชื่อผู้ป่วยกับ OPD card ตรวจสอบประวัติผู้ป่วยจาก OPD card และ/หรือ จากบันทึกการแนะนำและติดตามการใช้ยา หากพบปัญหาให้ประสานงานกับผู้คัดกรองผู้ป่วย

PC EP/3 22/23 ธบ 21/3/2557 24



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง ระบบการติดตาม ADE

ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ = 0

หน่วยงาน / ทีม PCT

ทบทวนครั้งที่ 3 วันที่ทบทวน 21 / 03 / 2557

ระบบการติดตาม ADR แบบ Spontaneous reporting system (SRS)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ติดตาม รายงาน และป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction: ADR) แบบ SRS
2. เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซ้ำ (แพ้ยาซ้ำ)

แนวทางการปฏิบัติทั่วไป

1. เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิด ADR บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต้องแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบ
2. ผู้ป่วยทุกรายที่เกิด ADR ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล
3. เภสัชกรมีหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติในการติดตาม สืบค้น ประเมินความสัมพันธ์ และรายงานการเกิด ADR ของผู้ป่วย
4. เภสัชกรผู้รายงาน ADR ต้องบันทึกประวัติการแพ้ยาและติดสติ๊กเกอร์แพ้ยา ในบันทึกประวัติการเข้าการรักษาในโรงพยาบาล (OPD card) ของผู้ป่วย และออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่ประเมินแล้วพบว่าแพ้ยา

4. บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

4.1 ฝ้าระวังการเกิด ADR ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.2 ประสานงานกับแพทย์และเภสัชกร เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิด ADR หรือ
ประสานงานในการประเมินหรือรักษาผู้ป่วยที่เกิด ADR

ให้พยาบาลที่จุดชั่งประวัติ ชั่งประวัติเบื้องต้น เกี่ยวกับประวัติการเกิด ADR (ประวัติแพ้ยา) ของผู้ป่วย และบันทึกในระบบคัดกรองว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา และบันทึกในช่อง CC: เกี่ยวกับรายละเอียดการแพ้ยาที่ชั่งประวัติได้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับ แพทย์ผู้ตรวจรักษา จากนั้น เขียน Note ในระบบคอมพิวเตอร์ ว่า “ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา ส่งห้องยา เพื่อทำ Drug counseling” เพื่อให้เภสัชกร ติดตามผู้ป่วยเพื่อทำประวัติแพ้ยาในครั้งต่อไปที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคด้วยความผิดปกติที่เกิดจาก ADR

- 2.1 พยาบาลหน้าห้องตรวจชั่งประวัติเบื้องต้น เกี่ยวกับประวัติการเกิด ADR (ประวัติแพ้ยา) ของผู้ป่วย และตรวจสอบบันทึกประวัติแพ้ยาใน OPD card ก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจจากแพทย์
- 2.2 แพทย์ทำการชั่งประวัติการแพ้ยาในอดีตของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยาที่ได้จากการชั่งประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียน เพื่อให้ข้อมูลแก่เภสัชกรในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยาที่สงสัยกับ ADR ที่พบ
- 2.3 แพทย์ให้การวินิจฉัยและรักษาความผิดปกติที่พบ (การแพ้ยาปัจจุบัน) พร้อมบันทึกชื่อยาที่สงสัย ประวัติที่เกี่ยวข้องและความผิดปกติที่พบ ในบันทึกการให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลแก่เภสัชกรในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยาที่สงสัยกับ ADR ที่พบ
- 2.4 ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมิน ADR และไม่ต้องเข้ารับการรักษาคต่อที่หอผู้ป่วย หลังได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว ให้พยาบาลหน้าห้องตรวจเขียน Note ในคอมพิวเตอร์ว่า “ผู้ป่วยสงสัยแพ้ยา ส่งห้องยาเพื่อทำ Drug counseling” และส่งผู้ป่วย (พร้อม OPD card) มาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อให้เภสัชกรประเมินการแพ้ยาของผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนต่อไปเหมือนข้อ 1.5 ถึง 1.9

รายละเอียดขั้นตอนการออกบัตรแพ้ยา

1. บัตรแพ้ยาจะออกให้ผู้ป่วยที่เกิด ADR กรณีดังต่อไปนี้

1.1 Type B ADR (ADR ที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเมื่อให้ยาในขนาดปกติ และไม่สามารถพบในระหว่างทำการศึกษาพิษวิทยาของยา)

1.2 ADR ที่ได้รับการระบุว่าร้ายแรง ได้แก่ ADR ที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ADR ที่ทำให้เกิดความพิการ การเสื่อมของอวัยวะ ADR ที่มีอันตรายถึงชีวิต หรือ ADR ที่ต้องการการรักษาเพื่อป้องกันการทำลายอวัยวะอย่างถาวร

1.3 ADR ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ และ/หรือ ADR นั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. รายละเอียดที่ต้องระบุให้ชัดเจนในบัตรแพ้ยาที่จะมอบให้แก่ผู้ป่วยคือ

2.1 ชื่อ-สกุล ที่อยู่ผู้ป่วย เลขที่ตัวไปของผู้ป่วย (Hospital number: HN)

โรงพยาบาลที่ออกบัตร

2.2 ชื่อสามัญทางยาของยาที่เกิด ADR ถ้าเป็นไปได้ให้ระบุชื่อการค้าด้วย พร้อมเขียนชื่อภาษาไทยแบบภาษาคาราโอเกะ

2.3 ลักษณะอาการ ADR ที่พบ ควรระบุเป็นศัพท์เทคนิคเฉพาะ เช่น urticaria แต่หากไม่สามารถระบุได้ให้บรรยายลักษณะอาการเป็นภาษาไทยให้ละเอียด

2.4 ผลการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยากับ ADR ใช้สัญลักษณ์

1 หมายถึง ใ้ช่แน่นอน (Certain)

2 หมายถึง น่าจะใช่ (Probable)

3 หมายถึง อาจจะใช่ (Possible)

2.5 ระบุชื่อศูนย์ APR โรงพยาบาลอัมพวา และวันเดือนปีที่ออกบัตรแพ้ยาหรือวันเดือนปีที่รายงาน

3. เกสซ์กรเป็นผู้มอบบัตรแพ้ยาที่กรอกรายละเอียดแล้วให้แก่ผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำความสำคัญของบัตรแพ้ยาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้ การพกบัตรแพ้ยาติดตัวเสมอ และแสดงบัตรแพ้ยาทุกครั้งเมื่อต้องเข้ารับการรักษาตัว หรือได้รับยา ตลอดจนหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่ทราบชื่อยา หรือสรรพคุณยาที่แน่นอน

4. เกสซ์กรบันทึกประวัติแพ้ยาใน OPD card ของผู้ป่วย พร้อมใช้ปากกาเน้นเพื่อให้สังเกตเห็นได้ง่าย

รายละเอียดการบันทึกประวัติแพ้ยาใน OPD card

1. เกสซ์กรเป็นผู้บันทึกประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยใน OPD card
2. การบันทึกประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยประกอบด้วย การติดสติ๊กเกอร์ “ผู้ป่วยแพ้ยา” ในช่องประวัติแพ้ยา และระบุชื่อยาที่เป็นสาเหตุและ ADR ที่พบ ระบุระดับความสัมพันธ์ ที่มูมบนด้านขวาของสติ๊กเกอร์และวันเดือนปีที่บันทึกประวัติ ที่มูมบนด้านซ้าย
3. รายละเอียดการแพ้ยาอื่นๆ ซึ่งได้แก่ชื่อยาที่สงสัย อาการ ADR ที่พบ ผลการประเมินระดับความสัมพันธ์ระหว่างยาและอาการ ADR หรือข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ADR ของผู้ป่วย ให้บันทึกใน OPD card ด้านใน ในวันที่ที่ออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย

รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน

-ผู้ป่วยนอก

1. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางการปฏิบัติในการติดตาม ADR โดยแนวทางการปฏิบัติในการติดตาม ADR พิจารณาจากชนิดยาหรือลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่ติดตาม ADR
2. เกสัชกรให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับอาการ ADR ที่เกิดขึ้น
4. เกสัชกรบันทึกปัญหาของผู้ป่วยใน OPD card
5. เกสัชกรประสานงานกับแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยอาจเกิด ADR เพื่อร่วมกับแพทย์ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยาที่สงสัยและ ADR ที่พบ ซึ่งหากสรุปได้ว่าผู้ป่วยเกิด ADR จากยาให้เกสัชกรออกบัตรแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยและบันทึกรายงาน ADR
6. เกสัชกรส่งรายงาน ADR ให้ศูนย์ ADR และศูนย์ ADR จัดทำข้อมูลเพื่อเผยแพร่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ รายละเอียดการออกบัตรแพทย์และการบันทึกประวัติแพทย์ของผู้ป่วย ปฏิบัติตามวิธีการ spontaneous report ADR

บันทึกที่เกี่ยวข้อง

1. แบบบันทึกการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่.....31 มีนาคม 2557.....เป็นต้นไป


ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : PCT Pharm OPD ER LR IPD DENT ส่งเสริมฯ สุขฯ

 กระทรวงสาธารณสุข	ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
		เรื่อง High Alert Drugs
		ตัวชี้วัด Medication error ของยา High Alert Drugs ระดับ C ขึ้นไป = ๐
		หน่วยงาน / ทีม PTC (working group: กรชูลี ขวัญดาว พิไลลักษณ์) ทบทวนครั้งที่ ๔ วันที่ทบทวน ๔ / ๑๑ / ๒๕๕๗
วัตถุประสงค์ <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยากับผู้ป่วย ๒. เพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่ม High Alert Drugs ๓. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการใช้ยา (Medication error) <p>คำจำกัดความ : ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High-Alert Drugs) หมายถึงยาที่เสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ถ้าหากมีความผิดพลาดในการสั่งใช้ยา คัดลอกคำสั่งใช้ยา จ่ายยา หรือการให้ยา</p> <p>วิธีปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การสั่งใช้ยาโดยแพทย์ <ol style="list-style-type: none"> ๑. เขียนคำสั่งใช้ยาอย่างครบถ้วน และชัดเจน เช่น เขียนชื่อด้วย generic name ระบุความแรง วิธีทางให้ยา และความถี่ของการให้ยา และจำนวนจ่าย ๒. หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล ๓. หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายยาโดยวาจา/ทางโทรศัพท์ ถ้าจำเป็นให้ตรวจสอบและเซ็นต์ชื่อกำกับคำสั่งใช้นั้นทันทีที่สามารถทำได้ (ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) ๒. การคัดลอกคำสั่งใช้ยา <ol style="list-style-type: none"> ๑. ทบทวนคำสั่งใช้ยาให้เข้าใจทั้งชื่อยา ขนาดยา และวิธีการให้ยา หากไม่ชัดเจนควรติดต่อแพทย์ผู้เขียนคำสั่งโดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ก่อนลอกคำสั่งลงในแบบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วย ๒. คัดลอกคำสั่งแพทย์ ให้ครบถ้วนทั้งชื่อยา ขนาดยา และวิธีการให้ยา โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล ๓. การตรวจสอบยา และการจ่ายยา <ol style="list-style-type: none"> ๑. ตรวจสอบความถูกต้องทั้งชื่อผู้ป่วย ชนิดยา ขนาดยา ปริมาณยา และวิธีการให้ยาอย่างน้อย ๒ ครั้งก่อนจ่ายยา หากไม่ชัดเจนให้ติดต่อกลับไปให้ผู้ป่วย หรือแพทย์ผู้สั่งใช้ยาโดยตรง ๒. ตรวจสอบวันหมดอายุของยา 		

๓. ตรวจสอบความถูกต้องของการเตรียมยา เช่น การใช้ตัวทำละลายที่เหมาะสมในกรณีที่ต้องละลายหรือเจือจางยา ถ้าพบข้อผิดพลาดให้บันทึกลงใน Medication error และประสานงานกับแพทย์ผู้จ่ายยา
๔. หลีกเลี่ยงการรับคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ โดยคำสั่งใช้ยาต้องเป็นลายลักษณ์อักษร
๕. เภสัชกรผู้จ่ายยากลุ่มนี้ให้กับผู้ป่วยต้องบอกรายละเอียดการใช้ยาให้ถูกต้องครบถ้วน บอกข้อควรระวัง ข้อห้ามให้ชัดเจน หลังจากนั้นทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้ง

๔. การให้ยา

๑. หลีกเลี่ยงการรับคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ โดยคำสั่งใช้ยาต้องเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการรับคำสั่งทางวาจา/โทรศัพท์ ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง การรับคำสั่ง/การบันทึกคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์
๒. จัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ โดยตรวจสอบข้อมูลสำคัญ คือ ชื่อยา, ความแรง, ปริมาณยา, ประเภทยาพิเศษ เช่น HI เป็นต้น
๓. หลังจากจัดเตรียม ให้มีการทวนสอบอย่างอิสระโดยพยาบาลอีกคนหนึ่ง เรื่องการคำนวณความเข้มข้น, อัตราการให้, สายที่ต่อเชื่อม หากพยาบาล ๒ คนคำนวณความเข้มข้นไม่ตรงกัน ให้ทวนสอบกับแพทย์หรือเภสัชกร
๔. ให้เขียนฉลากสารละลายที่จัดเตรียมแล้ว ด้วยเครื่องหมายเตือนว่า ใช้อย่างระมัดระวัง ก่อนที่จะนำไปให้ผู้ป่วย
๕. ใช้ Infusion pump เพื่อให้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง ถ้าไม่มี Infusion pump ให้ใช้ Set Microdrip แทน และให้มีการติดตามปริมาณสารละลายที่ผู้ป่วยได้รับบ่อย ๆ
๖. ก่อนให้ยา พยาบาลที่ให้ยาชานชื่อยา ขนาด จำนวน วิธีการให้ยาก่อนให้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง
๗. ให้ยาอย่างถูกต้องตามหลัก ๖ R คือ ถูกต้องตามชนิดของยา ถูกต้องตามขนาดยา ถูกต้องตามวิถีทาง ถูกต้องตามเวลา ถูกต้องตามผู้ป่วย และการบันทึกการให้ยาถูกต้อง
๘. ประเมินผลการตอบสนองของยานั้น และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากเกิดขึ้นให้รายงานแพทย์ และแจ้งให้เภสัชกรทราบ

๕. การติดตาม

๑. ติดตาม และบันทึกการเฝ้าระวัง ในแบบบันทึกการเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs หากพบความผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์โดยเร็ว
๒. เมื่อแพทย์ หรือ พยาบาลพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยให้ส่งทำ Drug counseling

๖. การเก็บรักษา

๑. เก็บรักษายาให้เหมาะสมกับชนิดของยา เช่น ยาที่ต้องแช่เย็นเก็บในตู้เย็น ยา
กันแสงต้องเก็บในซองสีชา หรืออยู่ในภาชนะบรรจุที่ป้องกันแสง
๒. ควรแยกยากลุ่มนี้ไว้ห่างกับยาที่มีรูปลักษณะภายนอกของภาชนะบรรจุที่คล้ายคลึง
กัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจ่าย/เตรียมยา หากเป็นไปได้ควรแยกเก็บไว้ใน
ที่เฉพาะ และมีการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเท่านั้นที่เข้าถึงได้
๓. แยกเก็บสารละลายเข้มข้นออกจากยาอื่น
๔. ให้ทุกหน่วยงานที่มียากลุ่มนี้ Stock อยู่ ติดสัญลักษณ์ HI ไว้กับภาชนะที่บรรจุ
หรือช่องเก็บยากลุ่ม High Alert Drugs ทุกตัว เพื่อให้ตระหนักว่าเป็นยาที่ต้อง
ระมัดระวังการใช้ โดยสัญลักษณ์ HI ต้องไม่ปิดทับ ชื่อยา ความแรง ปริมาณยา lot
no. วันหมดอายุ

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : PCT Pharm OPD OR ER LR IPD DENT ส่งเสริมฯ สุขฯ

รายการยา High Alert Drugs โรงพยาบาลอัมพวา

ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วย หากมีความผิดพลาดในการใช้ยา เพื่อให้เกิดความระมัดระวังในการใช้ยากลุ่มนี้กับผู้ป่วย มิให้เกิดความผิดพลาดคลาดเคลื่อน ทางโรงพยาบาลอัมพวาจึงได้มีการกำหนดรายการยากลุ่มนี้ขึ้นดังนี้

Cardiovascular drug:

๑. Adrenaline inj.,
๒. Atropine inj.
๓. Adenosine inj.
๔. Amiodarone inj.
๕. Digoxin inj.
๖. Dopamine inj.

Insulin:

๗. Humulin-N
๘. Mixtrad ๗๐/๓๐
๙. Regular insulin

Electrolyte:

๑๐. KCl inj.
๑๑. Magnesium sulfate inj.
๑๒. Calcium gluconate inj.
๑๓. ๓% NaCl

Narcotics and opiates:

๑๔. Morphine inj
๑๕. Pethidine inj
๑๖. Streptokinase ๑.๕ MIU

รวม ๑๖ รายการ

ห้องยาจะติดสัญลักษณ์ " H! "ไว้กับภาชนะที่บรรจุหรือช่องเก็บยากลุ่มนี้

ฉบับที่การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Adrenaline injection

การผสมและความคงตัวของยา

- ◆ I.V. infusion: เตรียมโดยผสมยา adrenaline 1:1,000 ปริมาณ 1 mg (1 mL) ใน D5W หรือ NSS 250 mL 4 mcg/mL (dosage range 1-4 mcg/mL)
- ◆ I.V. direct injection: เตรียมโดยผสมยา adrenaline 1:1,000 ปริมาณ 1 mg (1 mL) กับ NSS หรือ water for injection 9 mL จะได้ความเข้มข้น 100 mcg/mL (dose range 100-1000mcg of 1: 1,000 ฉีดทุก 5-15 นาที ตามข้อบ่งใช้)
- ◆ ความคงตัว: ยานี้เมื่อผสมในสารละลายใดๆ จะคงตัวได้ 24 ชั่วโมง ทั้งที่อุณหภูมิห้องหรือในตู้เย็น
- ◆ การเก็บยา: เก็บแบบป้องกันแสงและอากาศที่อุณหภูมิไม่เกิน 25 C ห้ามเก็บในช่องแช่แข็ง ไม่ควรใช้ยานี้ในกรณีที่ยาเปลี่ยนสีหรือตกตะกอน

WARNING

- ◆ หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้าหลอดเลือดแดงโดยตรงและการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อบริเวณสะโพก เนื่องจากอาจทำให้หลอดเลือดตีบจนกล้ามเนื้อตายได้
- ◆ หากผู้ป่วยเกิดปวดศีรษะ ผู้ป่วยอาจมีความดันเลือดสูงเนื่องจากได้รับยามากเกินไป

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
BP	< 90/60 mmHg											
HR	>100 ครั้ง / นาที											
บริเวณที่ฉีดยา	Extravasation											
ระดับ serum potassium (ต่ำ)	(K < 3.5 mmol/L)											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เดือน ปี โรค.....

HN AN.....

รับ 21/5/2557

EP/25

(ระบบบันทึกการเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs)

ชื่อยา Dopamine injection

การผสมและความคงตัวของยา

- ◆ น้ำยาที่เจือจางแล้วต้องใช้ให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง ป้องกันแสง น้ำยาที่เจือจางจะมีสีเหลืองจางๆ หากน้ำยามีสีเปลี่ยนไปหรือสีเข้มขึ้นไม่ควรใช้
- ◆ สารละลายที่สามารถผสมเข้ากันได้: D5W, D5S/2, D5S, NSS, LR ◆ ห้ามผสมร่วมกับ alkaline solution (เช่น sodium bicarbonate)

WARNING

- ◆ ติดตามสังเกตระดับความรู้สึกตัว ซีพจรส่วนปลาย ปริมาณปัสสาวะ อุณหภูมิและสีของผิวหนัง เพื่อประเมิน tissue perfusion
- ◆ ห้ามใช้ร่วม กับยา phenytoin เพราะทำให้ความดันต่ำและหัวใจเต้นช้าลง (bradycardia)

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น / , Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
BP	< 90/60 mmHg											
HR	>100 ครั้ง / นาที											
บริเวณที่ฉีดยา	Extravasation											
อาการข้างเคียง	ภาวะใจสั่น, เจ็บหน้าอก											
	Agitation, Restless											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุปี เดียง..... โรค.....

HNAN.....

ระบบบันทึกการเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Calcium Gluconate injection

การผสมและความคงตัวของยา

- ◆ ควรผสม calcium gluconate ใน D5W ให้เลือกผสมใน NSS เฉพาะกรณีจำเป็นเพราะ sodium ทำให้ calcium ขับออกเร็วขึ้น ; ห้าม ผสมใน Sodium bicarbonates
- ◆ ห้าม นำสารละลายของยาเก็บในตู้เย็น เพราะอาจตกตะกอน; I.V. infusion solution จะมีความคงตัว 24 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิห้อง

WARNING

- ◆ การฉีดแบบ rapid I.V. injection มี maximum rate = 50 mg/นาที : กรณี ฉีดแบบ I.V. infusion ต้อง เจือจางที่ความเข้มข้นสูงสุดไม่เกิน 50 mg/mL และ infuse นานกว่า 1 ชั่วโมง
- ◆ บริหารยาโดยทางหลอดเลือดดำเท่านั้นทั้ง direct I.V. หรือ infusion : การบริหารยาทาง SubQ หรือ I.M. อาจทำให้เกิดเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อตายชนิด รุนแรง
- ◆ ฉีด calcium ช้าๆ ไม่เกิน 0.7 – 1.8 mEq/min โดยใช้เข็มเล็ก เข้าหลอดเลือดใหญ่ เพื่อป้องกันระดับ calcium เพิ่มขึ้นเร็วไป และป้องกันการแทงทะลุเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งส่งผลให้เกิดเนื้อ ตายได้
- ◆ การฉีด calcium เร็ว อาจทำให้หลอดเลือดขยาย BP ลดลง หัวใจเต้นช้า ไม่เป็นจังหวะ หหมดสติ และหัวใจหยุดเต้นได้

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
BP	< 90/60 mmHg											
HR	<60 ครั้ง / นาที											
ระดับ serum calcium	> 10.5 mg/dL											
บริเวณที่ฉีดยา	Extravasation											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เต็ม โรค.....

HN AN.....

ฉบับที่การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Potassium chloride injection

การผสมและความคงตัวของยา

- ◆ Standard diluent: NSS (เว้นแต่มีข้อห้าม) เพราะน้ำตาลมีผลลดระดับซีรัมโปแตสเซียม
- ◆ สารละลายหลังผสม ต้องใช้ภายใน 24 ชั่วโมง เก็บที่อุณหภูมิห้อง ห้ามแช่แข็ง ห้ามใช้ถ้า สารละลายขุ่น

WARNING

- ◆ ห้าม ให้ KCl โดยวิธี I.V. push, I.V. bolus เพราะทำให้หัวใจหยุดเต้นได้
- ◆ ห้าม ให้ KCl ที่ไม่ได้เจือจาง และต้องบริหารยาโดย I.V. infusion เท่านั้น
- ◆ การเติมยาในน้ำเกลือที่แขวนให้อยู่ อาจทำให้ KCl เข้มข้นเฉพาะจุด เหมือนฉีดเข้า เส้นโดยตรง (bolus) ทำให้เสียชีวิตได้ ควรเติมให้ช้าที่สุด แล้วเขย่าเบาๆ ให้กระจาย

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
BP	< 90/60 mmHg											
HR	arrhythmia											
ระดับ serum potassium	> 5.5 mEq/L											
Urine output	< 30 ml/hour											
อาการข้างเคียง	ท้องเสีย, คลื่นไส้/อาเจียน											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เดือน โรค.....

HNAN.....

ฉบับที่การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Morphine Sulfate injection

การผสมและความคงตัวของยา

- ◆ I.V. push: ต้องเจือจางยาก่อนฉีดด้วย น้ำกลั่นสำหรับฉีด 4 – 5 mL จากนั้นจึงฉีดยาเข้าเส้น ช้าๆ นาน 4–5 นาที หากให้ยาเร็วเกินไป อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงเพิ่มขึ้นได้
- ◆ I.V. infusion: เจือจางด้วย D5W ให้มีความเข้มข้น 0.1 – 1 mg/mL ใช้ infusion pump ในการบริหารยา Intrathecal or Epidural: เจือจางด้วย preservative-free solution

WARNING

- ◆ กรณีที่จำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ ไชสันหลัง หรือเยื่อหุ้มสมอง และไชสันหลังชั้นนอก ควรมีการเตรียมยาแก้พิษของ morphine ได้แก่ naloxone ไว้ทุกครั้ง (การฉีด naloxone ทางหลอดเลือดดำควรฉีดช้าๆ)
- ◆ ห้ามใช้ยาเมื่อมีเกิดตกตะกอนหรือมีสีเหลืองเข้มขึ้น
- ◆ อาจเกิดอาการปัสสาวะคั่งได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะ ทุก 4 ชั่วโมง ไม่กลั้นปัสสาวะขณะได้รับยา (ควรปัสสาวะได้มากกว่า 600 mL ต่อวัน)
- ◆ ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด ความดันในสมองสูง ผู้ป่วยช็อก ผู้ป่วยไตวาย

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
RR	< 10 ครั้ง / นาที											
Oxygen saturate drop	< 95 %											
รูม่านตา	miosis											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เพศ โรค

HN AN

ฉบับที่การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Pethidine HCl injection

การเตรียมยา และ ความเข้ากันได้ของยา

- ◆ I.V. push: เจือจางด้วย sterile water for injection ให้ได้ความเข้มข้น 10 mg/mL
- ◆ I.V. infusion: เจือจางใน D5W ให้ได้ความเข้มข้น 1 mg/mL
- ◆ ห้าม ผสมยาฉีด pethidine กับ sodium bicarbonate เพราะจะเกิดการ ตกตะกอน
- ◆ สารละลายที่สามารถใช้เจือจาง: D5W, NSS, lactate ringer's, dextrose-saline combinations

WARNING

- ◆ การให้ยาแบบ I.V. push ให้ฉีดช้าๆ ใช้เวลาอย่างน้อย 5 นาที
- ◆ กรณี I.M. ต้องฉีดเข้ากล้ามเนื้อมัดใหญ่
- ◆ ผู้ป่วยที่ได้นานกว่า 48 ชั่วโมง หรือ ได้ยาในขนาดสูงกว่า 600 mg ต่อวันจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษจากยา (anxiety, tremors หรือ seizures)

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
RR	< 10 ครั้ง / นาที											
BP	< 90/60 or >140/90 mmHg											
Oxygen saturate drop	< 95 %											
รูม่านตา	miosis											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่ หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เดือน ปี โรค

HN AN

ฉบับที่การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Atropine sulfate injection

แนวทางการบริหารยา

- ◆ บริหารยาแบบ SubQ, IM และ direct (usually_rapid) IV : 0.6 mg ใน 1 นาที (การฉีดยาช้าอาจทำให้เกิด paradoxical bradycardia)
- ◆ ห้ามผสมยาร่วมกับยา Ampicillin, Adrenaline

WARNING

- ◆ ขนาดยาที่ต่ำกว่า 0.5 mg อาจทำให้เกิด paradoxical bradycardia
- ◆ ห้ามให้ในผู้ป่วย narrow-angle glaucoma
- ◆ อาการข้างเคียงที่อาจพบได้ เช่น ปากแห้ง,ตาพร่ามัว,หัวใจเต้นช้า,ชีพจรเต้นเร็ว,รูม่านตาขยายและการปรับภาพเสีย

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
HR	>100 or < 50 ครั้ง / นาที											
BP	< 90/60 or >140/90 mmHg											
Mental status												
อาการข้างเคียง	อาการรุนแรง											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เดือน โรค.....

HN AN.....

ฉบับที่ ๑๐๖ การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Magnesium sulfate injection

ขนาดและวิธีการบริหารยาโดยทั่วไป

Pre-eclampsia or eclampsia: Adult: I.V.: 4 – 6 gm ฉีดนานกว่า 15 - 20 นาที ตามด้วย 2 gm/hours

Life-threatening arrhythmia : I.V. push 1 - 6 gm ฉีดภายในเวลา 2-3 นาที ตามด้วย I.V. infusion 3-20 mg ต่อนาที นาน 5 - 48 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วยและค่า serum magnesium

การเตรียมยา และ ความเข้ากันได้ของยา

- ◆ I.V.: เจือจางยาให้มีความเข้มข้นน้อยกว่า 20 % (200 mg/mL)และอัตราการบริหารยาไม่เร็วกว่า 150 mg/min ยกเว้นในผู้ป่วยชักจาก severe eclampsia
- ◆ I.M. : Infant & Children : ต้องเจือจางยาให้มีความเข้มข้นน้อยกว่า 20 % (200 mg/mL)

WARNING

- ◆ กรณี respiratory depression หรือ heart block จากภาวะ magnesium overdose แก้ไขโดย I.V. calcium (5-10 mEq) เช่น 10 – 20 mL ของ 10% calcium gluconate (ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก อาจพิจารณา peritoneal dialysis หรือ hemodialysis)

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น / , Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
BP	< 90/60 mmHg											
ถ่ายเหลว	> 3 ครั้ง ต่อวัน											
RR	< 10 ครั้ง / นาที											
Serum magnesium	> 2.5 mg/dl											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เพศ..... โรค.....

HNAN.....

ฉบับบันทึกการเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Amiodarone injection

ขนาดและวิธีการบริหารยาโดยทั่วไป

Ventricular arrhythmias

ACLS : I.V. rapid IV bolus 150-300 mg

Antiarrhythmic : IV 150 mg ใน 10 นาที ตามด้วย 1 mg/min ใน 6 ชั่วโมง(360 mg) ตามด้วย 0.5 mg/min ใน 18 ชั่วโมง(540 mg)

การเตรียมยา และ ความเข้ากันได้ของยา

- ◆ 150 mg ใน 10 นาที (1 amp +D5W 97 ml)
- ◆ 900 mg (6 amp + D5W 500 ml)

WARNING

◆กรณี respiratory depression หรือ heart block จากภาวะ magnesium overdose แก้ไขโดย I.V. calcium (5-10 mEq) เช่น 10 – 20 mL ของ 10% calcium gluconate (ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก อาจพิจารณา peritoneal dialysis หรือ hemodialysis)

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
BP	< 90/60 mmHg											
ถ่ายเหลว	> 3 ครั้ง ต่อวัน											
RR	< 10 ครั้ง / นาที											
Serum magnesium	> 2.5 mg/dl											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุปี เดือน..... โรค.....

HN AN.....

ฉบับที่การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Digoxin injection

ขนาดและวิธีการบริหารยาโดยทั่วไป

- ◆ i.V. bolus จะต้องให้นานกว่า 5 นาที
- ◆ IM ให้ Deep IM ปริมาตรไม่เกิน 2 ml ตามด้วยการนวดบริเวณที่ฉีด

การเตรียมยา และ ความเข้ากันได้ของยา

- ◆ ยาฉีดอาจให้โดยไม่เจือจาง แต่ถ้าจะเจือจาง ต้องเจือจางมากกว่า 4 เท่า
- ◆ สารละลายที่สามารถผสมเข้ากันได้: D5W, NSS, sterile water for injection
- ◆ ยาฉีดมีความคงตัวหลังผสม 48 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้อง (20–25 °C) และต้องเก็บแบบป้องกันแสง

WARNING ก่อนให้ยาทุกครั้ง ต้องนับอัตราชีพจรใน 1 นาที ถ้า เท่ากับ หรือ น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือมีจังหวะความแรงไม่สม่ำเสมอ หรือมี pulse deficit ต้องนับอัตรา การเต้นของหัวใจอีกครั้ง แล้วรายงานแพทย์ และเมื่อฉีดยา 5 นาทีแรก ต้องดูผลอย่างใกล้ชิด

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
PR	≤ 60 หรือ ≥ 100 ครั้ง/นาที											
Serum K ⁺	< 3.5 mEq/L											
อาการพิษจากยา	N/V ,การมองเห็นผิดปกติ											

สรุปกรใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เดือน โรค.....

HN AN.....

ฉบับบันทึกการเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Adenosine injection

ขนาดและวิธีการบริหารยาโดยทั่วไป

◆ เริ่มต้นที่ 6 mg IV peripheral bolus over 1-2 seconds, จากนั้นเพิ่มเป็น 12 mg ทุก 1-2 min จำนวน 2 doses; MAX single dose 12 mg
การเตรียมยา และ ความเข้ากันได้ของยา

◆ IV Bolus : undiluted (rate: rapid injection over 2 seconds)

WARNING ◆ ควรให้ยาทางหลอดเลือดดำขนาดใหญ่โดยวิธี bolus ให้เร็วที่สุดและฉีดน้ำเกลือตามโดยทันที เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ที่หัวใจได้เต็มที่ถ้าฉีดยาช้าเกินไปยาจะถูกทำลายหมดก่อนถึงหัวใจ เนื่องจากยามี half-life สั้นมากเพียง 0.5-5 วินาที

◆ ADRs ; หน้าแดง (flushing), เหนื่อยและแน่นหน้าอก ซึ่งอาการดังกล่าวไม่รุนแรงและมักจะหายไปในเวลา < 1 นาที

◆ หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับกลุ่ม dipyridamole และ methylxanthines (เช่น theophylline, aminophylline)

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงาน แพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
HR	>100 or < 50 ครั้ง / นาที											
BP	< 90/60 or >140/90 mmHg											
Bronchospasm												

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เติง โรค.....

HNAN.....

ฉบับบันทึกการเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Insulin injection

ชื่อยา	ชื่อการค้า	ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (Onset)	ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด (Peak)	ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ (Duration)	การบริหารยา (route of administration)
Regular insulin	Gensulin R	๐.๕ hr	๒-๔ hr	๖-๘ hr	IV drip (ควรใช้ infusion pump), sc
NPH insulin	Gensulin N	๑-๒ hr	๖-๑๒ hr	๑๘-๒๔ hr	SC ห้ามให้ iv
๓๐/๗๐ insulin	Gensulin ๓๐/๗๐	๐-๕ hr	๒-๘ hr	๑๖ hr	SC ห้ามให้ iv

I.V. Infusion

การผสมและความคงตัวของยา

◆ Insulin ที่เปิดใช้แล้วเมื่อเก็บไว้ที่อุณหภูมิตู้เย็น (๒-๘ °C) หรือที่อุณหภูมิห้อง(ไม่เกิน ๓๐ °C) จะคงตัวอยู่ได้นาน ๑ เดือน โดยต้องเก็บป้องกันแสง และใช้เทคนิคการเตรียมยาแบบปราศจากเชื้อ

- ◆ Regular insulin ที่ผสมแล้ว มีความคงตัว ๒๔ ชั่วโมง : ห้ามใช้ หาก Regular insulin เปลี่ยนสี ขุ่นมีตะกอน หรืออนุภาคเกิดขึ้น หรือหนืดผิดปกติ
- ◆ Standard diluent (Regular insulin) : ๑๐๐ units/๑๐๐ ml NSS หรือ ๐.๔๕ %NaCl ; สารละลายที่สามารถผสมเข้ากันได้ : D&W, D&N/๒,NSS
- ◆ การผสม Regular insulin เพื่อให้ IV drip ควรผสมเมื่อ flush สายประมาณ ๒๐ ml เพื่อให้ยาเคลือบอุปกรณ์พลาสติกที่ใช้ในการให้ยาก่อน

WARNING

- ◆ ก่อนเพิ่มหรือลดขนาดยา และก่อนให้ยา ควรตรวจสอบการรับประทานอาหาร หรืออาการที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดก่อน เช่น อาเจียน
- ◆ Double check ชื่อผู้ป่วย ชนิดและขนาดยา ไม่เขียนคำย่อ u เพราะอาจดูเหมือนเลข ศูนย์ ควรใช้ unit แทน

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
FBS หรือ Hypoglycemia	< ๑๐๐ mg/dL											

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เดือน ปี โรค.....

HNAN.....

ฉบับที่การเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา 3% NaCl

ข้อบ่งใช้

- ◆ ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโซเดียม หรือคลอไรด์ในร่างกายต่ำอย่างรุนแรง

การเตรียมยา และ ความเข้ากันได้ของยา

- ◆ ควรให้แบบ IV โดยผ่าน large vein และระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อน โดยให้อัตราเร็วไม่เกิน 60 มิลลิิตรต่อชั่วโมง และใช้ infusion pump

WARNING

- ◆ 3% Sodium Chloride Injection เป็นสารละลายความเข้มข้นสูง สามารถก่อให้เกิดการทำลายเส้นเลือดบริเวณที่บริหารยาได้
- ◆ ระวังการใช้ 3% Sodium Chloride Injection ในผู้ป่วย congestive heart failure, ภาวะ severe renal insufficiency และผู้ป่วย edema ที่มีภาวะ sodium retention ร่วมด้วย
- ◆ ห้ามต่อสารละลายนี้กับ flexible plastic containers หรือ piggyback container เพราะอาจทำให้เกิด air embolism ในระหว่างการเชื่อมต่อบรรจุภัณฑ์ได้

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, X = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
hypernatemia	> 145 mmol/L											
potassium	< 3.5 หรือ >5.1 mEq/L											
phlebitis												

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย อายุปี เดือน..... โรค.....

HNAN.....

แบบบันทึกการเฝ้าระวังยากลุ่ม High Alert Drugs

ชื่อยา Streptokinase injection

วิธีการบริหารยาและความคงตัวโดยทั่วไป

- ◆ ขนาดยา: STEMI : Streptokinase 1.5 mu (1,500,000 unit) iv infusion in 60 นาที
- ◆ การบริหารยา IV infusion: ละลายยา: ค่อย ๆ ผิด Sterile water 5 ml เปรี้ยว ที่ข้างขวดยา แล้วลั้งขวดไปมาช้า ๆ ห้ามเขย่า เจือจางยา: เจือจางด้วย D5W หรือ NSS 100ml, rate 100 ml/hr
- ◆ ความคงตัว: หลังจากผสม ควรใช้ทันที สามารถเก็บในตู้เย็นได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง หรือ 8 ชั่วโมงที่อุณหภูมิไม่เกิน 25 °C

WARNING

- ◆ ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ (ระยะ 18 สัปดาห์แรก) ◆ ไม่ควรใช้ในผู้ที่เคยได้รับ SK ภายใน 1-2 ปี

วิธีการบันทึก / = มีอาการ, × = ไม่มีอาการ, Y = รายงานแพทย์, N = ไม่รายงานแพทย์ เช่น /, Y = มีอาการและรายงานแพทย์

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง	เกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....	เวลา.....
RR	> 30 ครั้ง / นาที									
BP	ต่ำกว่าเดิม ≥ 20 mmHg < 90/60 mmHg									
HR	HR < 60 หรือ > 100 ครั้ง/นาที									
Neuro-sign	ระดับความรู้สึกตัว/อาการเปลี่ยนแปลงระบบประสาท									
Bleeding	ที่ตำแหน่งที่ทำหัตถการ, ระบบปัสสาวะ, ทางเดินอาหาร, ทางเดินหายใจ, รอยจ้ำตามตัวทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก									
อาการแพ้ยา	ผื่น, แน่นหน้าอก ใน 1 ชั่วโมงแรก									

สรุปการใช้ยา ให้ยาวันที่ หยุดให้ยาวันที่ มีอันตรายคือ


ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี เพศ โรค

HN AN

PC 4F

12/5

รับ 25/3/57

 กระทรวงสาธารณสุข	ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
		เรื่อง Medication Reconciliation
		ตัวชี้วัด Drug Interaction
		หน่วยงาน / ทีม PCT ทบทวนครั้งที่ 3 วันที่ทบทวน 25 / 03 / 2557

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่เกิดความซ้ำซ้อนและไม่เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์

1. แพทย์

- 1.1 เมื่อต้องการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล ให้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมียาเดิมที่เคยใช้ต่อเนื่องอยู่หรือไม่ และได้ใช้ยามือสุดท้ายเมื่อใดโดย
 - ถ้าเป็นผู้ป่วยที่เคยรับยาที่โรงพยาบาลอัมพวาให้สอบถามผู้ป่วยและตรวจสอบประวัติการใช้ยาจากคอมพิวเตอร์
 - ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาจากที่อื่นให้สอบถามผู้ป่วยและตรวจสอบจากยาที่ผู้ป่วยนำมา
- 1.2 พิจารณาว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาเดิมต่อ เปลี่ยนวิธีการใช้ยา หรือหยุดยา โดยบันทึกใน Doctor 's order sheet ให้ครบถ้วนถูกต้อง พร้อมระบุเหตุผลในกรณีที่หยุดใช้ยา พร้อมทั้งลงลายมือชื่อทุกครั้ง และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการกระจายยาผู้ป่วยในแบบ One-day dose
- 1.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้นำยามา ให้แจ้งญาติผู้ป่วยนำยามาให้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล และเมื่อทราบชื่อยาแล้วให้บันทึกใน Doctor 's order sheet ทันที
- 1.4 เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ส่งรายการยากลับบ้านที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด ให้ครบตามกำหนดชนิดใหม่

กรณีผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง

เจ้าหน้าที่ห้องยาตรวจสอบสภาพยา ถ้าเสื่อมสภาพ หมกคยาฯ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการ
ทำลายยาถ้าอยู่ในสภาพดี ไม่หมกคยาฯ ให้เก็บเข้าชั้นยาโดยระบุให้ใช้ก่อน

4. พยาบาลตักผู้ป่วยใน/ห้องคลอด

4.1 ในกรณีที่ตอน Admit ไม่ทราบชื่อยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้อยู่หรือผู้ป่วยไม่ได้นำยามา ที่
ห้องฉุกเฉินหรือ OPD ให้พยาบาลตักผู้ป่วยในแจ้งญาติผู้ป่วยให้นำยามาภายใน 24 ชั่วโมง
หลังรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล และเมื่อทราบชื่อยาหรือผู้ป่วยนำยามาแล้วให้แจ้งแพทย์
ทันที

4.2 ผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลและผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน ให้ส่ง ใบ สำเนา Doctor's order
sheet และแบบบันทึกการใช้ยาที่มีชื่อ-นามสกุล HN,AN ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงกันพร้อมยา
เดิมที่ผู้ป่วยนำมาให้ห้องยาเพื่อเบิกยาและปฏิบัติตาม ระเบียบปฏิบัติเรื่องการกระจายยาผู้ป่วย
ในแบบ One-day dose

4.3 กรณีแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ออกใบนัดใหม่ พร้อมแนะนำผู้ป่วยให้ใช้ยาที่ได้รับ
ใหม่ และให้นำยาทั้งหมดที่เหลืออยู่ที่บ้านกลับมาให้เจ้าหน้าที่ในวันนัดครั้งหน้า

5. เสร็จแปล

ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการกระจายยาผู้ป่วยในแบบ One-day dose
ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่.....29 มีนาคม 2557.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

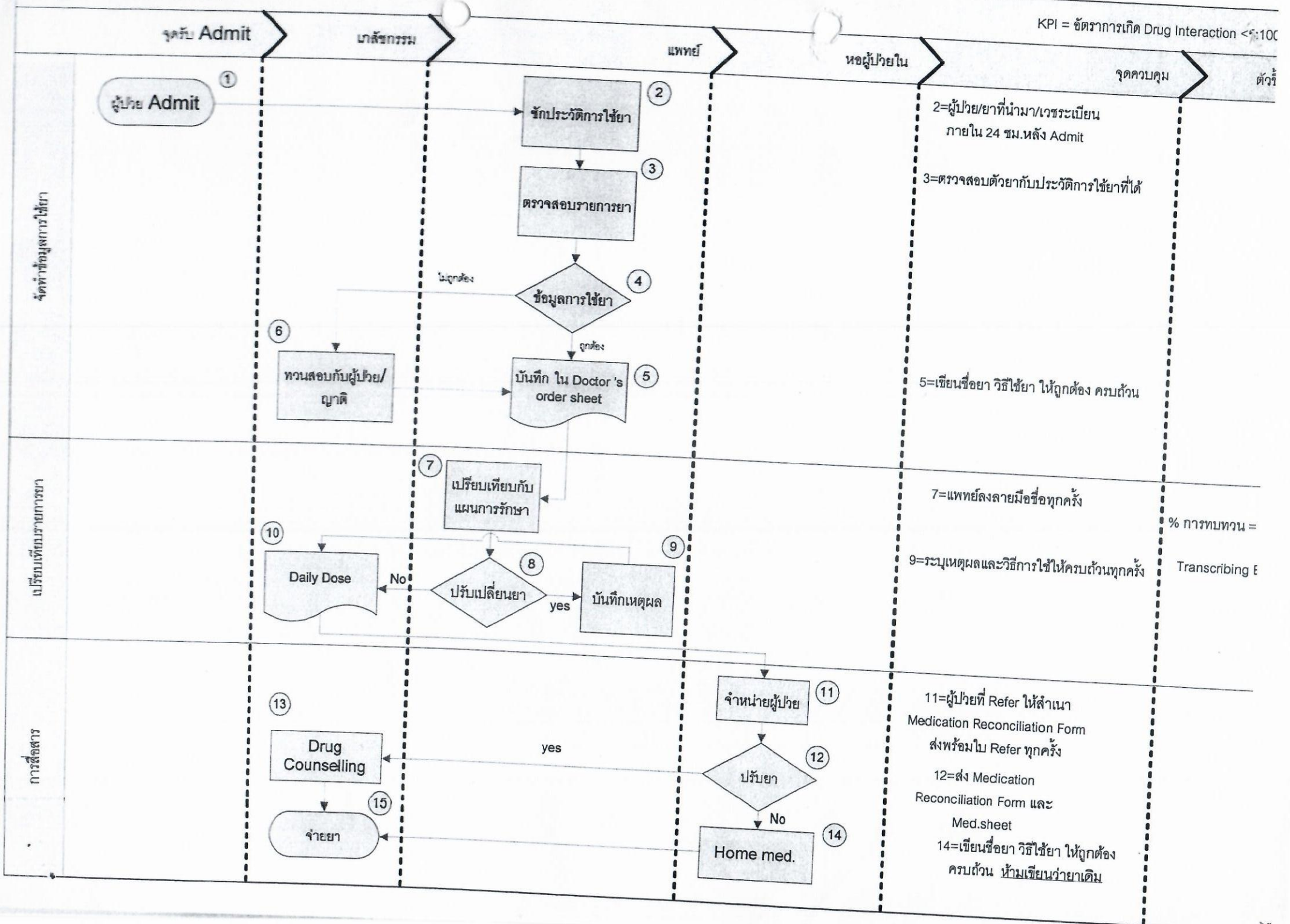
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : PCT Pharm OPD ER LR IPD

Drug Reconciliation

KPI = อัตราการเกิด Drug Interaction < 5:100



จัดทำข้อมูลการใช้ยา

เปรียบเทียบรายการยา

การสื่อสาร

จุดรับ Admit

เภสัชกรรม

แพทย์

หอผู้ป่วยใน

จุดควบคุม

ตัวชี้วัด

ผู้ป่วย Admit ①

ซักประวัติการใช้ยา ②

ตรวจสอบรายการยา ③

ข้อมูลการใช้ยา ④

บันทึก ใน Doctor's order sheet ⑤

ทวนสอบกับผู้ป่วย/ญาติ ⑥

เปรียบเทียบกับแผนการรักษา ⑦

บันทึกเหตุผล ⑨

Daily Dose ⑩

จำหน่ายผู้ป่วย ⑪

ปรับยา ⑫

Home med. ⑭

Drug Counselling ⑬

จ่ายยา ⑮

2=ผู้ป่วย/ยาที่นำมา/เวาระเบียนภายใน 24 ชม.หลัง Admit

3=ตรวจสอบด้วยยากับประวัติการใช้ยาที่ได้

5=เขียนชื่อยา วิธีใช้ยา ให้ถูกต้อง ครบถ้วน

7=แพทย์ลงลายมือชื่อทุกครั้ง

9=ระบุเหตุผลและวิธีการใช้ให้ครบถ้วนทุกครั้ง

11=ผู้ป่วยที่ Refer ให้สำเนา Medication Reconciliation Form ส่งพร้อมไม่ Refer ทุกครั้ง

12=ส่ง Medication Reconciliation Form และ Med.sheet


14=เขียนชื่อยา วิธีใช้ยา ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ห้ามเขียนว่ายาเดิม

% การทบทวน =
Transcribing E

PC

EP/6

รับ 1/10/2556

 <p>กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>ระเบียบ ปฏิบัติ</p>	<p>โรงพยาบาลอัมพวา</p>
		<p>เรื่อง แนวทางการจัดการ Look-Alike, Sound-Alike (LASA) Medication</p>
		<p>ตัวชี้วัด Medication error</p>
		<p>หน่วยงาน / ทีม PCT ทบทวนครั้งที่ 3 วันที่ทบทวน 1/10/2556</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของฝ่ายเภสัชกรรมให้การจ่ายยามีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น 2. เพื่อลดจำนวนการเกิด Medication error จากการสั่งใช้ยาที่คล้ายกัน 3. เพื่อเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาจากการจัดยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย (Look-Alike, Sound-Alike) <p>ขอบเขต</p> <p>แพทย์ เภสัชกร พยาบาล</p> <p>คำจำกัดความ</p> <p>ยาที่มีชื่อพ้อง มอคล้าย (LASA drugs) หมายถึงกลุ่มยาที่ชื่อมอคล้ายคลึงกัน อาจเป็นตัวสะกดหรือตัวอักษรเริ่มต้น รวมทั้งกลุ่มยาการออกเสียงใกล้เคียงกัน ทั้งชื่อการค้าและชื่อสามัญทางยา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษาได้</p> <p>การจัดการด้านยา LASA medication หมายถึง กระบวนการรวบรวมข้อมูล ประเมิน และติดตามการเกิดความผิดพลาดในการจ่ายยาในกลุ่ม LASA drugs ในกระบวนการรักษาตั้งแต่การสั่งใช้ยาจัด/จ่ายยา และการบริหารยาทั้งโดยพยาบาลและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อพิจารณาสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงในกระบวนการรักษาดังกล่าว รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการปัญหา Medication error และพัฒนาระบบความปลอดภัยทางด้านยา นอกจากนี้ยังรวมถึงการจำแนกปัจจัยเสี่ยง และการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาควนคู่ไปกับการเฝ้าระวังความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งร่วมปฏิบัติงานเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก คือ เภสัชกร</p>		

- พิจารณาความสอดคล้องระหว่างยาที่บริหารกับการวินิจฉัยโรคหรือความมุ่งหมายของการสั่งใช้ยานั้นเสมอ และตรวจสอบทุกครั้งหากผิดสังเกต
- ทุกครั้งที่มีการจัดยา ผู้จัดต้องอ่านฉลากอย่างน้อย 3 ครั้งคือ เมื่อหยิบ ก่อนจัด/บริหารและก่อนเก็บ
- หลีกเลี่ยงการจัดยาโดยวิธีการบอกทางวาจา เนื่องจากเสี่ยงต่อการได้ยีนพลาดได้

2.3 กระบวนการบริหารยา

กรณีพยาบาลเป็นผู้บริหารยา

- 2.3.1 พิจารณายาที่มีลักษณะคล้ายกัน ควรอ่านฉลากก่อนทุกครั้งที่มีการบริหารยา
- 2.3.2 ยาที่มีลักษณะบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกันควรมีการใช้สัญลักษณ์ให้เห็นความแตกต่าง
- 2.3.3 ก่อนบริหารยาควรอ่านฉลากและพิจารณาบรรจุภัณฑ์ให้แน่ใจก่อนทุกครั้ง

กรณีผู้ป่วยบริหารยาเอง

ในการดำเนินการทุกเรื่อง เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการจัดการความเสี่ยง ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างน้อย ชื่อยา ความแรง ข้อบ่งใช้ และอาการไม่พึงประสงค์ ตามความเหมาะสม

- 2.3.4 สำหรับผู้ป่วยที่อ่านไม่ออก มองไม่เห็น หรือความต่างภาษา ระดับความรู้ ความเข้าใจน้อยกว่าผู้อื่น เกสัชกรควรมีการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดและให้คำแนะนำในการใช้ยาจนเข้าใจ และอาจให้ญาติมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- 2.3.5 เกสัชกรส่งมอบยา และวางแผนร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อยืนยันยา ข้อบ่งใช้ สำหรับรายการยาที่พบปัญหาบ่อย
- 2.3.6 ทุกกระบวนการเกี่ยวกับการให้คำแนะนำปรึกษา ควรผ่านการรับรู้และปฏิบัติโดยบุคลากรที่มีคุณภาพและความสามารถ
- 2.3.7 จัดให้มีการการประชุมพิเศษ การให้ความรู้ การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร และ ควรมีการนำอุบัติการณ์ที่สำคัญเกี่ยวกับยาที่ชื่อพ้อง มองคล้าย เข้าเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา

3 การจัดเก็บข้อมูลและการประเมินผล

- 3.3 ผู้รับผิดชอบบันทึกอุบัติการณ์เกิด medication error ที่เกี่ยวข้องกับ LASA drugs
- 3.4 วิเคราะห์สาเหตุการเกิดปัญหาอย่างน้อยทุก 6 เดือน
- 3.5 จัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหา เสนอในที่ประชุมเพื่อแก้ไข ประเมินผลและติดตามต่อไป

ยาที่มีหลาย ความแรง		
	Amitriptylline 10	Amitriptylline 25
	Amoxycillin 250	Amoxycillin 500
	Aspirin gr 1	Aspirin gr V
	CPZ 25	CPZ 50
	Diazepam 2	Diazepam 5
	Enalapril 5	Enalapril 20
	Ibuprofen 200	Ibuprofen 400
พดก เชน	Paracetamol 325	Paracetamol 500
	Propranolol 10	Propranolol 40
	Furosemide inj. 20 mg	Furosemide inj. 250 mg
	Rifampicin 300	Rifampicin 450
	GPO Vir S	GPO Vir Z
ยาที่มีชื่อการค้า หรือ ชื่อสามัญคล้ายกัน		
	Rulid	Lopid
	Ventolin	Voltaren
	Plasil	Plavix
พดก เชน	Lasix	Losec (พดก เชน 2)
	Metoclopramide	Metronidazole
	Amlodipine	Atenolol
	Co-trimoxazole	Clotrimazole
	Roxithromycin	Bromhexine
พดก เชน	Dicloxacillin	Diclofenac
	Dimenhydrinate	Domperidone
	Dimenhydrinate	Dextrometophan
	Dilantin	Digoxin
	CPZ	CPM
	Hyoscine	Hydroxyzine

ยาที่มีรูปแบบขาน้ำ (มักพิมพ์ผิด)

	Actifed tab	Actifed syr
	Bromhexine	Bromhexine syr
	Salbutamol	Salbutamol syr

ยาที่มีบรรจุภัณฑ์คล้ายกัน (มักจัดผิด)

	Ethambutol 400	Enalapril 5
	ORS	Acetin
	Digoxin	Colchicine
	Griseofulvin	Co-trimoxazole
	Allopurinol	Betahistine
	Amlodipine	Doxazosin
	Amlodipine	Amitriptyline 10 mg
	Antacil	MOM
	Betahistine	Doxazosin
	Gemfibrozil	Piracetam
	Glipizide	Atenolol
	Glipizide	Spirolactone
	Norfloxacin 400 mg	Ibuprofen 400 mg
	Erythromycin	Methyldopa
	Cloxacillin inj	Cefazolin inj
	HCTZ	Simvastatin
	O.1% TA cream	Clotrimazole



กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
	เรื่อง การทิ้งและทำลายยา/เวชภัณฑ์หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ
	ตัวชี้วัด ยา/เวชภัณฑ์เสื่อมสภาพ หมดอายุ
	หน่วยงาน / ทีม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ทบทวนครั้งที่1/57..... วันที่ทบทวน ...28 มีนาคม 2557..

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้มีการทิ้ง และ ทำลายยา/เวชภัณฑ์ที่ถูกต้อง และไม่เกิดอันตรายต่อชุมชน และ สิ่งแวดล้อม

วิธีปฏิบัติ

- เมื่อพบยา/เวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุและสามารถแลกเปลี่ยนกับทางบริษัทผู้จัด-จำหน่ายได้
 - ให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคลังเวชภัณฑ์ติดต่อบริษัทที่จัด-จำหน่ายขาดกล่าวเพื่อทำการแลกเปลี่ยน โดยให้แลกเปลี่ยนก่อนวันหมดอายุ 6 เดือน หรือเป็นไปตามที่ได้ตกลงกับทางบริษัทไว้
 - เมื่อพบยาใกล้หมดอายุและไม่สามารถแลกเปลี่ยนกับทางบริษัทผู้จัด-จำหน่ายได้ให้ปฏิบัติดังนี้
 - เมื่อยา/เวชภัณฑ์นั้นหมดอายุแล้วให้เจ้าหน้าที่ที่พัสดุรวบรวมและเสนอผู้อำนวยการเพื่ออนุมัติทำลาย และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติในการทำลายยา
 - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีการสำรองยา/เวชภัณฑ์ไว้ที่หน่วยงาน
 - เมื่อพบยา/เวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุให้ส่งแลกเปลี่ยนกับทางห้องยา ก่อนวันหมดอายุอย่างน้อย 6 เดือน
- เว้นแต่ว่าทางห้องยาได้แจ้งว่าให้ใช้ต่อ โดยส่งยา/เวชภัณฑ์ดังกล่าวพร้อมเขียนรายการที่ต้องการแลกเปลี่ยนใน ใบแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่.....31 มีนาคม.....2557.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรากร หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ

สำเนา : งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค/ห้องฉุกเฉิน/ห้องคลอด/ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก/ห้องชันสูตร/
ทันตกรรม/ห้องผ่าตัด

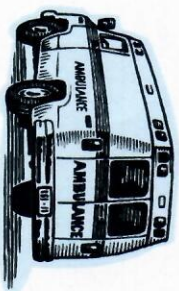
ผังการเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินในการดูแลระบบตู้แช่ความเย็นโรงพยาบาลอัมพวา



ตู้เย็นเก็บวัคซีน

กรณีต่างตู้เย็น / เคลื่อนย้ายวัคซีน

กรณีไฟฟ้าดับ



นำไอซ์แพคเกจที่แช่แข็งออกมาวางนอกตู้เย็นจนด้านนอก

ของไอซ์แพคเกจเริ่มเปียก นำไอซ์แพคเกจมาเรียงรอบๆ

ด้านข้างของกระติกทั้ง 4 ด้าน

วางเทอร์โมมิเตอร์ลงในกระติกวัคซีน แล้วปิดฝาประมาณ

5-15 นาทีหรืออุณหภูมิ 2-4 C

นำวัคซีนในกล่องพลาสติกแล้ววางในกระติก(ห่างจากวัคซีนบน

ไอซ์แพคเกจโดยตรง)

วางไอซ์แพคเกจลงปิดปากกระติกให้แน่น

ไม่กิน 3 ชั่วโมง

😊 นำไอซ์แพคเกจลงมาวาง

ตู้ที่ชั้นล่าง แล้วปิดฝาตู้เย็น

ไว้ตลอดเวลา

กิน 3 ชั่วโมง

😊 ให้ย้ายวัคซีนไปที่ตู้แช่

กระติกหรือนำน้ำแข็งมาก

เพียงพอพร้อมเก็บ

เทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัด

อุณหภูมิแล้วพิน้ำแข็งหรือ

เปลี่ยนไอซ์แพคเกจเมื่ออุณหภูมิ

ในกระติกน้อยกว่า 8 C





ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
	เรื่อง การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย
	ตัวชี้วัด อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก > 85% อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน > 85%
	หน่วยงาน / ทีม คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วยและเป็นการประกันคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

วิธีปฏิบัติ

1. เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นเอกสารสำคัญและเป็นสมบัติของโรงพยาบาลอัมพวา
2. กำหนดแนวทางให้ปฏิบัติตามระเบียบและประกาศที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียนผู้ป่วย การบันทึกเวชระเบียน การตรวจสอบเวชระเบียน การรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย การระบุตัวผู้ป่วย
3. การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย
4. ให้ผู้ที่มีสิทธิบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถือปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนของแพทยสภา สภาวิชาชีพและมาตรฐานของโรงพยาบาล
5. หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในหน่วยงาน
6. ให้ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในการจัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องและได้มาตรฐานสากล
7. ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด/หัตถการ สัญลักษณ์ เครื่องหมาย คำย่อและคำนิยามต่างๆที่เป็นมาตรฐานตามที่โรงพยาบาลกำหนด
8. ให้คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนเป็นผู้รับผิดชอบและร่วมปรับปรุงให้เวชระเบียนมีคุณภาพมากขึ้น
9. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
 - 1 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย
 - 2 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ต้องมีข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยให้ครบถ้วนตามมาตรฐานข้อมูลและรายละเอียดในเวชระเบียน(ผู้ป่วยนอก)
 - 3 การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนต้องบันทึกให้สามารถอ่านออก
 - 4 การแก้ไขข้อมูลที่บันทึกให้ใช้วิธีการ ชัดๆ ห้ามลบ และต้องมีลายมือชื่อกำกับ พร้อมทั้งระบุวันที่แก้ไขทุกครั้ง
 - 5 สามารถบันทึกคำย่อที่เป็นมาตรฐานสากล (ซึ่งอ้างอิงได้ใน Terminology ศัพท์แพทย์ ตำราแพทย์) และรหัสมาตรฐานที่ทางโรงพยาบาลกำหนด
 - 6 แบบบันทึกที่อยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้แก่
 - 1 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลทั่วไป(Social Data Form)
 - 2 แบบฟอร์มบันทึกการตรวจรักษา
 - 3 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

ตัวชี้วัด อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก > 85%
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน > 85%

หน่วยงาน / ทีม คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

4 ผลการตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา

5 แบบบันทึกผลการตรวจ EKG (Electrocardiography Report)

6 จดหมายส่งตัวผู้ป่วย(Referring Letter) แผ่นสีชมพูและสีเหลืองกรณีมีการส่งตัวรักษาต่อ

7 กรณีจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ต้องมีข้อมูลที่ครบถ้วนในแบบฟอร์มสำเนารายงานจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge Note)

8 กรณีทำผ่าตัดและหัตถการต้องมีหนังสือแสดงความจำนงในการตรวจรักษาพยาบาล (Consent Form) เช่น ใบขอรับการตรวจ ใบปฏิเสธรับการตรวจรักษา เป็นต้น

9 แบบฟอร์มใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

10แบบบันทึก ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

11แบบฟอร์มอื่นๆ ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนจากคณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแล้ว

10. โรงพยาบาลมีหน้าที่เก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและสามารถค้นหาได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็วและจัดให้มีระบบการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

11. กรณีที่ผู้ป่วยขาดการติดต่อเกิน 5 ปี จะจัดเก็บข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และจะทำลายภายหลังที่มีการประกาศให้สาธารณชนทราบ

12. เวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต้องมีข้อมูลที่สำคัญครบถ้วนตามมาตรฐานข้อมูลและรายละเอียดในเวชระเบียน(ผู้ป่วยใน) และมีการเชื่อมโยงข้อมูลไปยังเวชระเบียนผู้ป่วยนอกด้วย

3. การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนต้องบันทึกให้สามารถอ่านออก

4. การแก้ไขข้อมูลที่บันทึกให้ใช้วิธีการ ชีดฆ่า ห้ามลบ และต้องมีลายมือชื่อกำกับ พร้อมทั้งระบุวันที่แก้ไขทุกครั้ง

5. สามารถบันทึกคำย่อที่เป็นมาตรฐานสากล (ซึ่งอ้างอิงได้ใน Terminology ศัพท์แพทย์ตำราแพทย์) และรหัสมาตรฐานที่ทางโรงพยาบาลกำหนด

6. แบบบันทึกที่สำคัญและจำเป็นต้องมีในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่

1. รายงานจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล(Discharge summary) ให้สรุปการดำเนินโรคโดยย่อ ข้อมูลที่สำคัญ การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย โรคร่วม โรคแทรกซ้อน หัตถการและสถานภาพการจำหน่าย

2. แบบฟอร์มใบยินยอมเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล Admission Inform Consent

3. แบบฟอร์มใบยินยอมรับการผ่าตัด ทำหัตถการในโรงพยาบาล

4. แบบฟอร์มใบแสดงความไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

5. แบบฟอร์มใบฟอร์มปรอท (Patient Data Record Form)

6. Physician's Order Sheet



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

ตัวชี้วัด อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก > 85%
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน > 85%

หน่วยงาน / ทีม คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

7. Progress Note

8. Problem List

9. Discharge Note

10. Operative note

11. Anesthesia Record

12. Consult Form

13. Physical Therapy & Rehabilitation Record (IPD)

14. แบบฟอร์มแบบบันทึกของการพยาบาล

15. แบบฟอร์มมาตรฐานของเวชระเบียนผู้ป่วยในเพิ่มเติมอื่นๆ ที่ผ่านคณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแล้ว

13. ให้จัดเรียงแบบบันทึกต่างๆ ในเวชระเบียนตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

14. เวชระเบียนผู้ป่วยใน ต้องจัดให้เป็นระเบียบ คั่นทาง่าย พร้อมสำเนาการศึกษาค้นคว้าตลอดเวลา

15. เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย แพทย์เจ้าของไข้มีหน้าที่รับผิดชอบในการสรุปเวชระเบียนให้เสร็จทันที และหอผู้ป่วยจะต้องรวบรวมเวชระเบียนส่งให้ห้องบัตร ไม่เกิน 2 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย

16. เวชระเบียนที่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานจะต้องเก็บรักษาไม่ให้สูญหาย

17. โรงพยาบาลจะจัดเก็บในรูปเอกสารไว้ 5 ปี หลังจากนั้นจะจัดเก็บข้อมูลไว้โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและจะทำลายภายหลังการประกาศให้สาธารณชนทราบ

18. การจัดทำแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยขึ้นใหม่จะต้องผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนก่อนนำไปขึ้นทะเบียน

19. กรณีไม่สามารถใช้งานในระบบ HOSxP ได้ หลังจากแก้ไขปัญหาเสร็จสิ้นให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานติดตามตรวจสอบบันทึกข้อมูลลงใน HOSxP ภายในวันทำการ

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา



ระเบียบปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การยืมคืนแฟ้มเวชระเบียน

ตัวชี้วัด 1. จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ = 0
2. อัตราการออกแฟ้มแทนกรณีหาแฟ้มไม่พบ น้อยกว่า 1%

หน่วยงาน / ทีม งานประกันสุขภาพ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 20 กุมภาพันธ์ 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้มีเวชระเบียนพร้อมใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการสูญหายของเวชระเบียน จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

วิธีปฏิบัติ

1. การนำเวชระเบียนออกจากหน่วยเวชระเบียน ให้ปฏิบัติตามระเบียบการยืม-คืนและสำเนาแฟ้มเวชระเบียน ยกเว้นกรณีให้บริการผู้ป่วย และเมื่อครบกำหนดคืนแล้วยังใช้งานไม่เสร็จให้ส่งคืนและยืมต่ออีกครั้ง
2. ไม่อนุญาตให้นำแฟ้มเวชระเบียนออกนอกโรงพยาบาลโดยเด็ดขาด ยกเว้นมีหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่านั้น
3. สำหรับบุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การยืมเวชระเบียนแต่ละครั้ง ผู้ที่ต้องการยืมจะต้องกรอกแบบฟอร์มการยืมและคืน (FR-MR-002) ที่มีลายมือชื่อของหัวหน้างาน/ทีม ลงลายมือชื่อกำกับ
 - การยืมเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ยืมจะต้องรับผิดชอบในทางกฎหมายและสิทธิผู้ป่วยด้วยถ้านำเวชระเบียนไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วยไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม
 - ผู้ที่มีสิทธิยืมเวชระเบียนได้แก่ แพทย์ เภสัช พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวชระเบียนที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่านั้นและจะต้องคืนภายในวันที่กำหนด
 - การยืมและ/หรือสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยคลินิกพิเศษ
 - ผู้ที่มีสิทธิยืมเวชระเบียนได้แก่ แพทย์ เภสัช พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวชระเบียนที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่านั้น
 - ไม่อนุญาตให้ยืมออกนอกหน่วยเวชระเบียน ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมาพบแพทย์
 - กรณีผู้ป่วยมาพบแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรเป็นผู้นำส่งแฟ้มเวชระเบียนไปห้องตรวจและให้เจ้าหน้าที่ที่ห้องตรวจนำส่งคืนห้องบัตรทันทีที่ใช้เสร็จ ใช้ระบบยืมคืนเวชระเบียน
4. สำหรับบุคคลภายนอกโรงพยาบาล
 - กรณีต้องการศึกษาหรือทำวิจัยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จะต้องทำหนังสือขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล พร้อมทั้งแนบโครงการศึกษาและ/หรือโครงการวิจัย ให้ศึกษาแฟ้มเวชระเบียนที่หน่วยเวชระเบียนเท่านั้น หรือหน่วยเวชระเบียนจะสรุปรายงานสถิติข้อมูลให้ ซึ่งจะต้องไม่ระบุชื่อ นามสกุล HN AN ที่อยู่ ยกเว้นจังหวัดของผู้ป่วย
 - กรณีต้องการตรวจสอบเวชระเบียน จะต้องมีหนังสือแจ้งตามขั้นตอนระเบียบงานสารบรรณ
5. การคืนเวชระเบียน
 1. ให้ผู้ยืมนำแฟ้มเวชระเบียนมาคืนยังหน่วยเวชระเบียนภายในวันที่กำหนด หากเกินกำหนด
 2. เมื่อครบกำหนดการยืมแล้ว ผู้ยืมยังไม่ได้ส่งคืน ให้หน่วยเวชระเบียนทำการทวงคืนไปยังผู้ยืม หลังจากนั้นภายใน 1 วันทำการ ถ้ายังไม่ได้รับคืนหน่วยเวชระเบียนจะแจ้งหัวหน้างาน/ทีมที่อนุญาตให้ยืมเพื่อจัดส่งเวชระเบียนคืน



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การยืมคืนแฟ้มเวชระเบียน

ตัวชี้วัด 1. จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ = 0
2. อัตราการออกแฟ้มแทนกรณีหาแฟ้มไม่พบ น้อยกว่า 1%

หน่วยงาน / ทีม งานประกันสุขภาพ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 20 กุมภาพันธ์ 2557

3. กรณียังไม่ได้รับคืนภายใน 3 วันทำการ หน่วยเวชระเบียนจะทำหนังสือแจ้งไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบ
4. ในกรณีที่ยังไม่ได้คืนแฟ้มเวชระเบียน ผู้ที่ต้องการจะยืมจะไม่สามารถยืมได้อีกจนกว่าจะได้ส่งคืนแฟ้มเวชระเบียนที่ยืมไปก่อนหน้านี้
6. กรณียืมแล้วทำแฟ้มเวชระเบียนหาย ผู้ยืมหรือหน่วยงานที่ยืมจะต้องทำหนังสือชี้แจงต่อหัวหน้างานประกันสุขภาพ แล้วจัดทำรายงานเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้รับทราบ
7. ในกรณีที่หน่วยเวชระเบียน มีความจำเป็นจะต้องใช้แฟ้มเวชระเบียนที่ได้ยืม ผู้ยืมจะต้องนำส่งคืนในทันที และหน่วยเวชระเบียนจะคืนให้แก่ผู้ยืมเมื่อเสร็จสิ้นการใช้แล้ว
8. การคืนแฟ้มเวชระเบียน สามารถทยอยคืนแฟ้มเวชระเบียนก่อนครบกำหนดวันยืมได้ โดยหน่วยเวชระเบียนจะบันทึกลงในแบบฟอร์มการยืม-คืน และในระบบ HOSxP

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา

แบบฟอร์มการเข้าถึงเวชระเบียนสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอัมพวา

วันที่..... เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/ นางสาว..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอข้อมูลจากงานเวชระเบียนเพื่อ

- การรักษา กำหนดส่งคืนภายใน ๑ วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน.....)
- เอกสารวิชาการ กำหนดส่งคืนภายใน ๗ วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน.....)
- พัฒนาคคุณภาพ กำหนดส่งคืนภายใน ๗ วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน.....)
- อื่นๆระบุ..... กำหนดส่งคืนภายใน ๓ วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน.....)

ตั้งรายการต่อไปนี้จำนวนราย

NO	HN	AN	ชื่อ สกุลผู้ป่วย
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			
๑๐			
๑๑			
๑๒			
๑๓			
๑๔			
๑๕			

.....ผู้พิมพ์

ตำแหน่ง.....

ผ่านความเห็นชอบของหัวหน้างาน/ผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)

ลายมือชื่อหัวหน้าผู้ควบคุม

ผู้ส่งคืนเวชระเบียน.....วันเดือนปี ที่ส่งคืน.....

ผู้รับเวชระเบียนคืน.....วันเดือนปี ที่รับคืน.....



ระเบียบปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การเข้าถึงเวชระเบียนสำหรับบุคคลภายนอกโรงพยาบาล
ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติในการเข้าถึงเวชระเบียน = 0

หน่วยงาน / ทีม งานประกันสุขภาพ
ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 25 กุมภาพันธ์ 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยกับบุคคลภายนอกที่มาขอตรวจเวชระเบียนและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการรั่วไหลข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

- วิธีปฏิบัติ**
1. โรงพยาบาลกำหนดให้ เวชระเบียน คือ
 1. ข้อมูลที่จัดทำสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการทุกคนที่ได้รับการตรวจรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ
 2. เป็นข้อมูลที่บันทึกขบวนการทุกอย่างที่จัดทำกับผู้ป่วยที่สืบหาทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายทางรังสีวิทยา
 3. บันทึกข้อมูลที่แสดงถึงสิ่งที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้มารับบริการทุกขั้นตอนตามความเป็นจริง
 4. เป็นสิ่งที่ถูกบันทึกโดยผู้ได้รับอนุญาตเป็นทางการตามนโยบายของโรงพยาบาล
 2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนมีหน้าที่ต้องดูแลรักษาข้อมูลและความลับของผู้ป่วยทุกคนที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล
 3. โรงพยาบาลจะเก็บรักษาบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยไว้อย่างน้อยที่สุด 5 ปี ตามปีปฏิทินเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเวชระเบียนของตนได้โดยแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคคลภายนอกจะมาขอเข้าถึงเวชระเบียนได้เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้นตามแบบฟอร์ม FR-MR-001 หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
 4. บุคคลภายนอกโรงพยาบาลที่มีสิทธิขอเข้าถึงเวชระเบียนโรงพยาบาล ได้แก่
 1. ผู้ป่วย
 2. ญาติตามกฎหมายของผู้ป่วยหรือกรณีเจ้าของประวัติถึงแก่กรรม
 3. หน่วยงานที่ผู้ป่วยทำงาน
 4. บริษัทประกันภัยหรือประกันชีวิตที่ผู้ป่วยทำประกันอยู่
 5. แพทย์จากโรงพยาบาลอื่นๆ
 5. ญาติตามกฎหมายของผู้ป่วย หรือกรณีเจ้าของประวัติถึงแก่กรรม หมายถึง
 1. บุตรชอบด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรม
 2. คู่สมรส
 3. บิดาหรือมารดา
 4. ผู้สืบสันดาน
 5. พี่น้องร่วมบิดามารดา



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การเข้าถึงเวชระเบียนสำหรับบุคคลภายนอกโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติในการเข้าถึงเวช
ระเบียน = 0

หน่วยงาน / ทีม งานประกันสุขภาพ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 25 กุมภาพันธ์ 2557

6. วิธีการขอเข้าถึงเวชระเบียน แบ่งเป็น

1. การถ่ายเอกสารจากต้นฉบับ
2. การคัดลอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มเช่นแบบฟอร์มการประกันชีวิต ใบบันทึกข้อความ เป็นต้น
3. การคัดลอก สำเนาบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ
4. การยืมภาพถ่ายทางรังสีวิทยาตามแบบฟอร์มที่กำหนด
5. การขอดู หรือการให้ทางวาจา หรือ การให้โดยสรุปข้อมูล

7. การเข้าถึงข้อมูล/เวชระเบียน กำหนดให้ผู้ป่วยต้องเซ็นชื่ออนุญาตให้บุคคลภายนอกหรือผู้มีอำนาจทางกฎหมายดำเนินการแทนทุกครั้ง โดยทำหนังสือมอบอำนาจให้ดำเนินการขอประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนและแบบคำขอเข้าถึงเวชระเบียนของผู้มารับบริการตามแบบ FR-MR-001 ที่งานประกันสุขภาพ

8. งานประกันสุขภาพ มีหน้าที่ดังนี้

1. รับเอกสารและหลักฐานที่ต้องนำมาแนบแบบฟอร์มขอเข้าถึงเวชระเบียนของผู้มารับบริการ(FR-MR-001) ได้แก่

- กรณีผู้ป่วยเป็นผู้ร้องขอ แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยเป็นเด็กไม่บรรลุนิติภาวะ อายุไม่เกิน 15 ปี แนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองตามกฎหมาย
 - สำเนาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตรของผู้ป่วยเด็ก
- กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมาร้องขอด้วยตนเอง
 - หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้ร้องขอแทนผู้ป่วย
- กรณีคู่สมรสมายื่นให้ยื่นบัตรประชาชนทั้ง 2 ฝ่ายพร้อมทะเบียนสมรส
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้แทนโดยชอบธรรมทางกฎหมาย
 - สำเนาใบมรณบัตรของผู้ป่วย
 - เอกสารทางราชการซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ร้องขอเช่นสำเนา

ทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส

2. ตรวจสอบข้อมูลที่ต้องการเข้าถึงตาม พรบ.ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540.

3. นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายเพื่อพิจารณา

4. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วทำการค้นหรือสำเนาเอกสารตามส่วนที่ได้รับอนุญาต ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารด้วย

5. เมื่อไม่ได้รับอนุญาตให้ชี้แจงเหตุผลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ร้องขอ



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การเข้าถึงเวชระเบียนสำหรับบุคคลภายนอกโรงพยาบาล
ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติในการเข้าถึงเวช
ระเบียน = 0

หน่วยงาน / ทีม งานประกันสุขภาพ
ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 25 กุมภาพันธ์ 2557

6. กรณีที่ขอเอกสารแบบสรุป หลังได้รับอนุญาตแล้วให้คืนเพื่อแจ้งแพทย์ผู้รักษาลงความเห็นและ
บันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนด

9. กรณีข้อมูลสามารถเปิดเผยได้ในมาตรา 24 ของ พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540. ให้ฝ่าย
ธุรการลงรับหนังสือและตอบหนังสือกลับไปยังหน่วยงานที่ขอข้อมูลหลังดำเนินการเสร็จ

10. องค์กรแพทย์หมายถึงแพทย์ทุกท่านที่ทำงานในโรงพยาบาลอัมพวาและรักษาผู้ป่วยรายนั้น มีหน้าที่กรอก
ข้อมูล/ชี้แจง/ให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นทางการแพทย์ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับ
มอบหมายมีอำนาจในการอนุมัติให้บุคคลภายนอกขอดู/คัดลอก/สำเนาเอกสารหรือแฟ้มข้อมูลจากระบบ
คอมพิวเตอร์หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการยืมภาพถ่ายและผลทางรังสีวิทยา

11. เมื่อบุคคลภายนอกต้องการขอเข้าถึงเวชระเบียนขณะที่ตรวจรักษาอยู่ที่หน่วยบริการ ผู้ป่วยหรือผู้รับ
มอบหมายต้องแจ้งหัวหน้าหน่วยบริการทราบด้วยวาจาและกรอกแบบฟอร์ม FR-MR-001 เจ้าหน้าที่ประจำ
หน่วยงานจะต้องแจ้งแพทย์ผู้รักษาทราบถึงคำขอผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้หัวหน้าหน่วยงานหรือ
แพทย์ผู้รักษามีอำนาจอนุญาตในเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

12. ให้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการที่ผู้ป่วยขอเข้าถึงเวชระเบียนอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้รับมอบหมายในการ
เข้าถึงเวชระเบียนด้วยทุกครั้งหลังได้รับอนุญาต และดูแลให้เข้าถึงได้เฉพาะส่วนที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น

13. ให้ทุกหน่วยงานส่งเอกสารการขอเข้าถึงเวชระเบียน ให้ห้องบัตรจัดเก็บไว้ในแฟ้มเอกสารการขอประวัติ
ผู้ป่วย

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ :

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา

หนังสือมอบอำนาจดำเนินการขอประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่
ซอย ถนน หมู่บ้าน
ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ () ผู้ป่วย () ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ - สกุล
(ในฐานะเป็นบุตร , บิดา , มารดา ,สามี , ภรรยา หรือผู้ชอบธรรมตามกฎหมาย)ระบุ
ขอมอบอำนาจให้ (นาย , นาง , นางสาว) อายุ ปี
เลขประจำตัวประชาชน ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่
ตรอก / ซอย ถนน หมู่บ้าน
ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์.....
เป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาและเข้าถึงเวชระเบียนของผู้มอบอำนาจ
การใดที่ผู้รับอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลง
ลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชน
ของตนเองถ่ายเอกสารบัตรพร้อมรับรองสำเนาไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย

PC

EP/11



ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
	เรื่อง การขอเอกสารข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย
	ตัวชี้วัด อัตราการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ 100 %
	หน่วยงาน / ทีม ประกันสุขภาพ ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้ผู้มารับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการขอเอกสารข้อมูลในเวชระเบียน และให้เป็นไปตามกฎหมาย พรบ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ ปี 2540 จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

วิธีปฏิบัติ

1. ผู้มีสิทธิขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนคือ
 - เจ้าของเวชระเบียนเอง หรือ
 - ผู้แทนที่ได้รับการที่ได้รับมอบอำนาจไว้ หรือ
 - ผู้แทนโดยชอบธรรม ในกรณีเจ้าของเวชระเบียนเสียชีวิตหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ
2. ผู้แทนโดยชอบธรรม หมายถึง ผู้ที่มีอำนาจทำนิติกรรมต่าง ๆ แทน เช่น บิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตร
3. หลักฐานแสดงความเกี่ยวข้องกับเจ้าของเวชระเบียน ได้แก่
 - ทะเบียนบ้าน หรือ
 - ทะเบียนสมรส หรือ
 - สูติบัตร
4. ค่าธรรมเนียมในการขอสำเนาเวชระเบียน
 - ถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบการจ่ายเงินประกันชีวิต ค่าธรรมเนียม 200 บาท นำเข้าเงินบำรุง หรือ
 - เขียนสรุปการรักษาลงในแบบฟอร์ม เพื่อใช้ประกอบการจ่ายเงินประกันชีวิต ค่าธรรมเนียม 200 บาท ให้แพทย์ผู้เขียน
 - ถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อใช้ในการรักษาต่อไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม
5. การแสดงความจำนงขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน ทำได้ 2 วิธี
 - ติดต่อด้วยตนเองที่งานประกันสุขภาพ(ห้องบัตร)
 - ส่งเอกสารแสดงความจำนงทางไปรษณีย์(งานธุรการ)
6. หลักฐานในการแสดงความจำนง
 1. กรณีเจ้าของเวชระเบียนเป็นผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นๆที่ทางราชการออกให้และมีรูปกำกับ ที่รับรองสำเนาถูกต้องแล้ว
 2. กรณีผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน แนบเอกสารดังนี้
 - หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติหรือหนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของเวชระเบียนทำไว้
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นๆที่ทางราชการออกให้และมีรูปกำกับ ที่รับรองสำเนาถูกต้องแล้วของเจ้าของเวชระเบียนและของผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
 3. กรณีผู้แทนโดยชอบธรรมขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน แนบเอกสารดังนี้
 - หลักฐานแสดงความเกี่ยวข้องกับเจ้าของเวชระเบียน
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นๆที่ทางราชการออกให้และมีรูปกำกับ ที่รับรองสำเนาถูกต้องแล้วของเจ้าของเวชระเบียนและของผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน



กรมสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การขอเอกสารข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย

ตัวชีวิต อัตราการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ 100 %

หน่วยงาน / ทีม ประกันสุขภาพ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

- ใบมรณะบัตรของเจ้าของเวชระเบียน ในกรณีเจ้าของเวชระเบียนเสียชีวิต

7. ผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน กรอกแบบฟอร์มขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน พร้อมแนบหลักฐานต่างๆยื่นที่งานประกันสุขภาพในกรณีมาติดต่อเอง หากเป็นกรณีส่งเอกสารมาทางไปรษณีย์เอกสารจะผ่านชั้นตอนหนังสือข่าวของโรงพยาบาลมายังงานประกันสุขภาพ
8. เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนรับเรื่อง พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและตรวจสอบว่าต้องการที่จะถ่ายสำเนาเวชระเบียนส่วนใดบ้าง
9. เจ้าหน้าที่ค้นเวชระเบียนผู้ป่วยเสนอแพทย์เจ้าของเวชระเบียนผู้ป่วยในครั้งที่ขอถ่ายสำเนา
10. เมื่อแพทย์เจ้าของเวชระเบียนผู้ป่วยในครั้งที่ขอถ่ายสำเนาเซ็นรับทราบแล้วจึงนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล
11. เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซ็นอนุมัติ เจ้าหน้าที่นำเวชระเบียนไปถ่ายสำเนาเวชระเบียน
12. บันทึกข้อมูลรายละเอียดลงสมุดทะเบียนและเก็บเอกสารในแฟ้มการขอประวัติเวชระเบียน
13. แจ้งผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนรับสำเนาเวชระเบียนโดยต้องเสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ทาง โรงพยาบาลกำหนด พร้อมทั้งให้ลงชื่อรับสำเนาเวชระเบียนไว้เป็นหลักฐานด้วย หรือส่งสำเนาเวชระเบียนให้ผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนทางไปรษณีย์ แล้วแต่ข้อตกลงกับผู้ขอถ่ายสำเนา

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด อุบัติการณ์การเปิดเผยความลับข้อมูลผู้ป่วย = 0

หน่วยงาน / ทีม สารสนเทศ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อเป็นการรักษาความลับและเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

วิธีปฏิบัติ

1. การรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

1. การบันทึกข้อมูลประวัติและการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

- ไม่บันทึกข้อมูลที่ไม่เป็นจริง (untrue information)
- ไม่ควรบันทึกข้อมูลที่เป็นจริงแต่เป็นข้อมูลที่ไม่สมควรบันทึกไว้เป็นหลักฐาน
- ก่อนการบันทึกข้อมูลใดๆ ลงในแฟ้มประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วย หรือในคอมพิวเตอร์ต้องพิจารณา

เนื้อหาที่จะบันทึกให้รอบคอบ

2. การนำข้อมูลของผู้ป่วยหรือตัวผู้ป่วยไปเผยแพร่ให้ความรู้ จัดทำรายงาน ตีพิมพ์เอกสารทางวิชาการต่างๆ

- ให้เก็บเอกสารหรือรายงานเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ เมื่อนำไปใช้ในการสอนหรือใช้

ประกอบในการเขียนรายงานต่างๆ

- การเปิดเผยข้อมูลจะต้องได้รับหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ที่แสดงถึงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล

- การเขียนรายงานผู้ป่วยเพื่อตีพิมพ์โดยทั่วไปแล้วไม่ควรใส่ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย

- หลีกเลี่ยงการตีพิมพ์ หรือแสดงรูปผู้ป่วยที่เห็นใบหน้าชัดเจน ถ้าจำเป็นต้องปิดส่วนหนึ่งของใบหน้า

- การนำผู้ป่วยไปแสดงหรือปรากฏตัวต่อสาธารณชนเพื่อเป็นตัวอย่างในการให้ความรู้แก่ประชาชน

ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน

- การนำเรื่องราวของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสื่อมวลชน ถ้าไม่จำเป็นควรหลีกเลี่ยง

- การนำเรื่องผู้ป่วยเข้าประชุมปรึกษาหารือกับกลุ่มบุคคลอื่น ที่อยู่นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ไม่ควร

เปิดเผยชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย

- ไม่นุญาตให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือผู้ไม่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลทางโทรศัพท์โดยเด็ดขาด

- กรณีเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่ในการให้ ข้อมูลหรือตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ประชาสัมพันธ์ ควร

จะต้องระมัดระวัง และตรวจสอบผู้ที่ถามนั้นว่า เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไรก่อน ให้ข้อมูลตามความจำเป็นและตาม

ขอบเขตที่ได้รับอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยได้

2. การนำข้อมูลเผยแพร่สู่สาธารณะ

1. ให้ผู้ที่เป็นเจ้าของข้อมูลที่ต้องการนำข้อมูลนั้นขึ้นเผยแพร่สู่สาธารณะ เช่นโดยผ่านทางเว็บไซต์ของ

โรงพยาบาล จะต้องทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อน หากมีความผิดพลาดเกิดขึ้นกับเนื้อหาจะต้อง

รับผิดชอบต่อความผิดพลาดนั้น

2. ให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่สู่สาธารณะ เช่นโดยผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

จะต้องดำเนินการด้วยตนเอง โดยห้ามมิให้ผู้อื่นดำเนินการแทน

3. การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย โรงพยาบาลกำหนดให้บุคลากรต่อไปนี้มีสิทธิอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล , ประธานองค์กรแพทย์ , แพทย์เจ้าของไข้

2. หัวหน้าทีมสารสนเทศ



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด วัตถุประสงค์การเปิดเผยความลับข้อมูลผู้ป่วย = 0

หน่วยงาน / ทีม สารสนเทศ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

4. การให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้คือ ชื่อ-สกุล อายุและเพศของผู้ป่วย ชื่อแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ธรรมชาติของการบาดเจ็บในถ้อยคำที่บุคคลทั่วไปเข้าใจ ธรรมชาติของการเกิดอุบัติเหตุ โดยที่ไม่ให้ความเห็นว่าเป็นเหตุใด เวลาและวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หากต้องการข้อมูลมากกว่านี้จะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย หรือมีใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร

5. การให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่สื่อมวลชน หากสื่อมวลชนขอข้อมูลทั้งที่เป็นข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ จะต้องส่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น

6. เอกสารที่มีชื่อ-นามสกุล และมีเลขบัตรประชาชนผู้ป่วยปรากฏอยู่ ให้ฉีกทำลายก่อนนำไปทิ้งขยะ

7. วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด

1. ผู้พบเหตุการณ์รายงานหัวหน้าหน่วยงานทราบเพื่อประเมินและบันทึกความเสี่ยง

2. หัวหน้าหน่วยงานรายงานผู้จัดการความเสี่ยง/หัวหน้างานเวชระเบียน ทราบเพื่อให้สามารถแก้ไข

สถานการณ์ทันที

3. คณะกรรมการสารสนเทศทบทวนความเสี่ยงทำ RCA (Root Cause Analysis) หาสาเหตุของปัญหาและประสานกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

4. คณะกรรมการสารสนเทศพิจารณาแนวทางแก้ไข ออกระเบียบปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุละเมิดเพื่อมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำซ้อน

5. คณะกรรมการสารสนเทศรายงานเหตุการณ์/ความเสี่ยง ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับทราบ

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ :

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา



ระเบียบ ปฏิบัติ	โรงพยาบาลอัมพวา
	เรื่อง แพ้มเวชระเบียบแยกเก็บ
	ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ = 0
	หน่วยงาน / ทีม คณะกรรมการสารสนเทศ ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 20 กุมภาพันธ์ 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อเป็นการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย และเพื่อให้ข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนมีการเชื่อมโยงกัน จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

วิธีปฏิบัติ

1. การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ในแฟ้มเวชระเบียนแยกเก็บให้ถือปฏิบัติตามแนวทางของมาตรฐานวิชาชีพ
2. ข้อมูลที่ทางโรงพยาบาลกำหนดให้มีแฟ้มเวชระเบียนแยกเก็บได้แก่ คลินิกพิเศษที่เข้าสู่ระบบปกปิดข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้
 1. คลินิกโรคเอดส์ (ARV Clinic)
 2. OSCC Clinic
 3. คลินิกยาเสพติด (Matrix)
3. ชื่อเรียก โรคในคลินิกพิเศษ ให้ใช้ชื่อตามรหัส ICD 10 ให้ใช้รหัสแทนการเขียนชื่อโรคในการบันทึกเวชระเบียนทั้งใน paper and electronic ดังนี้
 1. คลินิกโรคเอดส์ (ARV Clinic) โรคเอดส์ ให้ใช้รหัส B 20-B 24
 2. OSCC Clinic เฉพาะ rape ให้ใช้รหัส Y 05
 3. คลินิกยาเสพติด (Matrix) ให้ใช้รหัส Z 714- Z 716
4. ข้อมูลในระบบ HOSxP ให้ Admin ของระบบ
 1. ผู้กรหัส ICD 10 กับระบบปกปิดข้อมูล เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรคในรหัสดังกล่าว ประวัติในการรักษาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนั้น จะได้รับปกปิดทันที
 2. กำหนดสิทธิ์ ในการเข้าถึงประวัติการรักษานั้นได้ดังนี้
 - แพทย์
 - ทันตแพทย์
 - เภสัชกร
 - นักเทคนิคการแพทย์
 - เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเฉพาะโรค
5. เจ้าหน้าที่ห้องบัตรสร้าง Pop up Note เมื่อเข้า page ข้อมูลของผู้ป่วยว่า “มีเวชระเบียนแยกเก็บ” ซึ่งกำหนดให้แสดงเฉพาะบุคลากรในข้อ 4.2
6. ให้ผู้บันทึกตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มเวชระเบียนแยกเก็บก่อนนำเสนอ
7. การบันทึกข้อมูล การจัดเก็บและการทำลายแฟ้มเวชระเบียนแยกเก็บในระบบเวชระเบียน
 1. เวชระเบียนส่วนแยกของแต่ละคลินิก นำมาเก็บในตู้เหล็กของห้องบัตรแยกตามคลินิก มีกุญแจล็อกโดยกุญแจจะถูกเก็บอยู่ที่ห้องบัตรและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก
 2. เวชระเบียนหลักของผู้ป่วยในทุกคลินิกจะมีตราประทับว่า มีเวชระเบียนแยก ในใบข้อมูลของผู้ป่วย



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง แพ้มเวชระเบียบแยกเก็บ

ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ = 0

หน่วยงาน / ทีม คณะกรรมการสารสนเทศ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 20 กุมภาพันธ์ 2557

3. กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาในคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลอัมพวา แต่มีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีการตรวจพบข้อความใดๆที่บ่งบอกถึงโรคในคลินิกพิเศษดังกล่าวให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรแยกเวชระเบียบดังกล่าวเก็บในตู้เวชระเบียบแยก พร้อมกับทำตราประทับที่หน้าข้อมูล และทำ Pop up ในระบบ HOSXP ทันที

4. กรณีต้องการเวชระเบียบ ให้แจ้งพยาบาลในหน่วยต่างๆ ประสานเจ้าหน้าที่ห้องบัตรคืนเวชระเบียบและนำเวชระเบียบส่วนแยกมอบให้ บุคลากรที่กำหนดสิทธิไว้ที่ต้องการขอข้อมูลโดยตรง เมื่อใช้เสร็จให้ส่งคืนห้องบัตรทันที

5. กรณีเวชระเบียบประวัติการรักษาในระบบผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว เวชระเบียบที่มีการวินิจฉัยโรคของคลินิกพิเศษทั้ง 3 ให้เก็บในตู้แยกเก็บเวชระเบียบทันที เช่นเดียวกับส่วนของเวชระเบียบผู้ป่วยนอก

6. กรณีต้องใส่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของคลินิกพิเศษในเวชระเบียบหลัก หรือ ระบบ HOSXP ปกติ ให้ใช้ชื่อโรคตามรหัส ICD 10 ตามข้อ 3

7. กรณีผู้ป่วยรายใหม่เมื่อมีการวินิจฉัยโรคของทั้ง 3 คลินิกแล้ว ให้ดำเนินการเข้าระบบปกติ ตามระเบียบปฏิบัติทันที

8. เมื่อหน่วยบริการพบว่าเป็นผู้รับบริการตามคลินิกพิเศษ 3 คลินิกดังกล่าวให้ส่ง OPD card กลับมาทำบัตรใหม่ที่ห้องบัตรทันที

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ :

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่อง การเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน

ตัวชี้วัด อัตราการทำลายเวชระเบียนผิดคน = 0

หน่วยงาน / ทีม งานประกันสุขภาพ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 25 กุมภาพันธ์ 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้เป็นมาตรฐานระยะเวลาในการเก็บรักษาและทำลายแฟ้มเวชระเบียนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ และคืบพื้นที่การจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียน จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. เวชระเบียนที่ส่งกลับมาหลังจากใช้ในการรักษาแล้วจะถูกเก็บไว้ที่หน่วยเวชระเบียน
2. เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ทำการตรวจสอบวันที่มารับบริการของครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่จัดเก็บในชั้นเก็บแฟ้มประวัติผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกินระยะเวลา 5 ปี จะทำการคัดแยกแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อนำออกมาลงทะเลเบียนทำลาย
3. แฟ้มประวัติผู้ป่วยขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกิน 5 ปี แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยคดี มีอายุการเก็บรักษาอย่างน้อย 10 ปี หรือตามอายุความของคดี เมื่อพ้นกำหนดนำไปดำเนินการขออนุมัติทำลาย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ.2526 ด้วยวิธีการเผาหรือทำลายด้วยวิธีที่เหมาะสมต่อไป
4. ทำประกาศแจ้งผู้ป่วย/ญาติให้มาติดต่อเพื่อเก็บหลักฐานการตรวจรักษาไว้
5. ดำเนินการตาม flow การทำลายเอกสาร

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา



ระเบียบปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่องการใช้งานห้องเครื่อง Server
ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ = 0
หน่วยงาน / ทีม คณะกรรมการสารสนเทศ
ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

หลักการและเหตุผล

เพื่อเป็นการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

วิธีปฏิบัติ

1. ห้ามนำบุคคลภายนอกเข้าไปในห้องเครื่องโดยไม่มีกิจที่จำเป็น
2. ห้ามนำอาหารและเครื่องดื่มเข้าไปในบริเวณห้องเครื่อง
3. ตรวจสอบประตูทางเข้า-ออก และหน้าต่างของห้องเครื่องให้ปิดล็อกอยู่เสมอ
4. ตรวจสอบสภาพการทำงานของอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของระบบคอมพิวเตอร์ ได้แก่
 - ระบบกระแสไฟฟ้า
 - ระบบการระบายอากาศ
 - ระบบการปรับอุณหภูมิ
 - ระบบ UPS

ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ยกเว้นการตรวจสอบระบบ UPS ให้ตรวจสอบเดือนละ 4 ครั้ง

5. จัดวางเครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์สื่อสาร หรือทรัพย์สินอื่นๆ ไว้ในบริเวณที่มีความปลอดภัย
6. รมั้ดระวังการจัดตั้งอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพที่ มั่นคงและไม่ล้้มหรือโอนเอียงได้โดยง่าย
7. ตรวจสอบการทำงานของอุปกรณ์ดับเพลิงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ว่ายังใช้งานได้เป็นปกติหรือไม่
8. ให้อุดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของห้องเครื่องอย่างสม่ำเสมอ ต้องไม่เก็บกล่องกระดาษหรือสิ่งที่จะเป็นเชื้อเพลิงไว้ในห้องเครื่อง
9. ตรวจสอบและจัดเก็บสายสัญญาณสื่อสารให้อยู่ในสภาพที่เป็นระเบียบเรียบร้อย
10. ตรวจสอบห้องสายสัญญาณสื่อสารให้มีการปิดล็อกอยู่เสมอ
11. จัดทำหรือต่อสัญญาการบำรุงรักษาระบบงาน สำคัญไฟร์วอลล์ เราท์เตอร์ อุปกรณ์ UPS สำหรับระบบงานสำคัญ และเครื่องปรับอากาศในห้องเครื่อง ให้ครบถ้วน
12. จัดให้ระบบงานสำคัญ เครื่องเซิร์ฟเวอร์ และอุปกรณ์ที่มีความสำคัญต้องมีอุปกรณ์ UPS และระบบกระแสไฟฟ้าสำรอง (electricity power generator) เพื่อสนับสนุนการทำงานอย่างครบถ้วน
13. การป้องกันไวรัส ตรวจสอบว่าโปรแกรมป้องกันไวรัสยังทำงานตามปกติ และมีการปรับปรุงฐานข้อมูลไวรัส (Virus Definition) หรือไม่ ต้องทำการตรวจสอบอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หากพบว่าทำงานผิดปกติ ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์เพื่อดำเนินการแก้ไขโดยทันที
14. หากเครื่องของผู้ใช้งานยังไม่มีโปรแกรมตรวจสอบไวรัส หรือ พบ Virus กรณีพบ Virus แต่โปรแกรม Anti Virus ไม่สามารถกำจัดได้ ให้รีบแจ้งศูนย์คอมพิวเตอร์ทันที
15. การแจ้งซ่อมให้ใช้แบบแจ้งซ่อมครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ หรือบันทึกข้อมูลผ่านระบบซ่อมที่หน้า web ของโรงพยาบาล
16. การจัดการไวรัสคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบว่าเครื่องเซิร์ฟเวอร์ป้องกันไวรัสยังทำงานตามปกติ และมีการปรับปรุงฐานข้อมูลไวรัส (Virus signature) หรือไม่ ต้องทำการตรวจสอบอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง



ระเบียบ
ปฏิบัติ

โรงพยาบาลอัมพวา

เรื่องการใช้งานห้องเครื่อง Server

ตัวชี้วัด จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ = 0

หน่วยงาน / ทีม คณะกรรมการสารสนเทศ

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ทบทวน 1 มีนาคม 2557

หากพบว่าทำงานผิดพลาด ให้รีบดำเนินการแก้ไข(ข้อนี้จะใช้ได้กับองค์กรที่มีการใช้งานโปรแกรมป้องกันไวรัสแบบ Client/Server เท่านั้น)

17. ทำการติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสให้กับผู้ใช้งานเพื่อให้ทำงานในลักษณะทันทีทันใด(Real-time Scan) เมื่อมีการเปิดไฟล์ขึ้นมาใช้งาน

18. ทำการติดตั้งและปรับปรุงโปรแกรมป้องกันไวรัสให้ทันสมัยกับเครื่องลูกข่ายทั้งหมด เครื่องเซิร์ฟเวอร์สำหรับระบบงานสำคัญ และเครื่องแม่ข่ายเซิร์ฟเวอร์

19. การสำรองข้อมูล กำหนดรายชื่อของระบบงานสำคัญทั้งหมด กำหนดรายชื่อของเซิร์ฟเวอร์ตามที่ พ.ร.บ.ฯ ได้กำหนดไว้ เช่น เว็บเซิร์ฟเวอร์ เป็นต้น กำหนดผู้รับผิดชอบในการสำรองข้อมูล

20. กำหนดชนิดของข้อมูลบนระบบงานหรือบนเซิร์ฟเวอร์ดังกล่าวที่มีความจำเป็นต้องสำรองข้อมูลเก็บไว้ อย่างน้อยต้องประกอบด้วย

- ข้อมูลในฐานข้อมูลของระบบงาน
- ข้อมูลสำหรับตัวระบบ เช่น ซอฟต์แวร์ระบบปฏิบัติการและซอฟต์แวร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
- ข้อมูลอีเมล

21. กำหนดความถี่ในการสำรองข้อมูลของระบบงานหรือเซิร์ฟเวอร์ดังกล่าว

22. ทำการสำรองข้อมูลตามความถี่ที่กำหนดไว้และควรนำข้อมูลที่สำรองไปเก็บไว้นอกสถานที่อย่างน้อย 1 ชุด

23. การจัดเก็บข้อมูลตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ปี 2550 จัดเก็บข้อมูลลือกอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 90 วัน

24. จำกัดการเข้าถึงข้อมูลลือกดังกล่าวโดยกำหนดให้เฉพาะผู้ดูแลระบบเครือข่ายเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้

ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 57 เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

(นายวรารักษ์ หวังจิตต์เชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพ:

สำเนา : ทุกงาน / กลุ่มงาน / ทีมต่างๆในโรงพยาบาลอัมพวา