

โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ระเบียบปฏิบัติงาน รหัสเอกสาร : P-PTC-001	เรื่อง : มาตรฐานการสั่งยาโรงพยาบาลมวกเหล็ก		
	เริ่มใช้ : 1 มิถุนายน 2563	พิมพ์ครั้งที่ : 2	แก้ไขครั้งที่ : 1

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง มาตรฐานการสั่งยา โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ผู้รับผิดชอบ		ลงชื่อ	วัน/เดือน/ปี
จัดทำโดย	นางสาวจรียา ทรงรัก		
ทบทวนโดย	นายวิฑูรย์ ชัยธีระศักดิ์		
อนุมัติโดย	นางศิริดา ภูริวัฒนพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล		

บันทึกการแก้ไข

ฉบับที่	วันที่มีผลบังคับใช้	สถานะเอกสาร
1	05/2563	
2	06/2563	

สำเนาฉบับที่ :

เอกสารฉบับควบคุม

() ควบคุม

() ไม่ควบคุม

โรงพยาบาลมวกเหล็ก	หน้า : 1/2
ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-PTC-001	ฉบับที่ : 1
เรื่อง : มาตรฐานการสั่งยา โรงพยาบาลมวกเหล็ก	วันที่ :
แผนก : คณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัด	แผนกที่เกี่ยวข้อง : แผนกที่ให้บริการผู้ป่วย
ผู้จัดทำ : นางสาวจริยา ทรงรัก	ผู้อนุมัติ : นางศิรดา ภูริวัฒนพงศ์

มาตรฐานการสั่งยา โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติตามนโยบายด้าน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งยาดังนี้

1. การใช้ตัวย่อ ชื่อสามัญและชื่อการค้าในการสั่งใช้ยา

คำย่อชื่อยาและชื่อการค้าที่ไม่ควรใช้

ตัวย่อ สัญลักษณ์ รูปแบบการสั่งใช้	ปัญหาที่อาจพบ	คำแนะนำในการสั่งใช้
การเขียนผสมยาเป็นอัตราส่วน เช่น 1:1, 2:1, 1:10	ผู้รับคำสั่งอาจแปลความหมาย ผิดพลาด ไม่ตรงตามที่แพทย์ต้องการ	ให้ระบุปริมาณยาที่ต้องการ เช่น หน่วย mg, unit และปริมาตรสารน้ำที่ต้องการ เป็นหน่วย ml
A.D., E.O.D, Q.O.D	อาจเข้าใจผิดเป็น O.D.	ให้ระบุเป็นวันเว้นวัน
Q.D., QD, q.d., qd	อาจสับสนกับ QID	ให้ระบุเป็น daily
คำย่อ u, iu	อาจคล้าย 0, 4 หรือ cc	ให้เขียนเป็น unit
คำย่อ cc	อาจแปลความหมายผิดพลาด เป็น 100 เท่าของขนาดยาที่ใช้	ให้เขียนเป็นหน่วย ml
Trailing zero (X.0 mg) เลขศูนย์ ตามหลังจุดทศนิยมเป็นสิ่งที่ไม่ห้ามใช้ Lack of leading zero (.X mg) การ ไม่เขียนเลขศูนย์หน้าจุดทศนิยมเป็น สิ่งที่ไม่ถูกต้อง	อาจแปลความหมายผิดพลาดไป 10 เท่าของขนาดยาที่สั่งใช้	ไม่เขียน 0 หลังจุดทศนิยม เช่น 1.0 เขียน 0 หน้าจุดทศนิยม เช่น 0.1
MS, MSO4, MgSO4	อาจทำให้อ่านไม่ชัดเจน	Magnesium sulfate
cc	อาจทำให้มองเห็นเป็นเลข 0	ควรเขียนเป็น mL

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-PTC-001	หน้าที่ : 2/2
เรื่อง : มาตรฐานการสั่งยา โรงพยาบาลมวกเหล็ก	

2. การสั่งยาในหอผู้ป่วย

- กรณียาที่แพทย์สั่ง off ต้องลงรายการหน้า order ปัจจุบันทุกครั้ง และหน่วยงานสั่งคินยาห้องยาทันที
- หลีกเลี่ยงการเขียนยาเดิม หรือ RM ควรเขียนชื่อยาเป็นชื่อสามัญ ระบุความแรงเป็นมิลลิกรัม (mg) โดยเฉพาะรายการยาที่มีมากกว่า 1 ความแรง ความแรงอื่นนอกเหนือจาก mg ห้ามระบุเป็นคำย่อ และระบุวิธีการบริหารยาทุกครั้ง

3. การสั่งคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ให้แพทย์เซ็นรับรองทันทีที่ทำได้

4. การสั่งใช้ยาเสพติด ให้แพทย์เท่านั้นเป็นผู้สั่งใช้ได้และต้องเซ็นรับรองในสมุดเบิกยาเสพติด

5. ยาต่อไปนี้สั่งได้โดยแพทย์เท่านั้น

- ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ให้ปฏิบัติตามคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
- ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา(DUE) ซึ่งต้องเขียนใบประเมินการใช้ ได้แก่ยา Ciprofloxacin และ Amoxicillin+clavalunate acid
- วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

6. การสั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลมวกเหล็ก หากแพทย์พิจารณาอาการของคนไข้แล้วต้องการใช้ยาที่มีในบัญชียาโรงพยาบาลมวกเหล็ก ให้อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ โดยมีวิธีการจัดหาคือ ออกใบส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นตามสิทธิที่ผู้ป่วยมี หรือสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยหรือญาติให้ไปซื้อยาเองโดยมีแนวทางดังนี้

สิทธิการรักษา

กรณีผู้ป่วยนอก

- 1.ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทอง ประกันสังคมไม่สามารถเบิกเงินคืนได้
- 2.ผู้ป่วยสิทธิอื่นอาจเบิกเงินคืนได้ตามเงื่อนไขของต้นสังกัดของผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยใน ไม่สามารถเบิกเงินคืนได้ในทุกสิทธิการรักษา

ขั้นตอนการสั่งยา

กรณีผู้ป่วยนอก

- 1.โทรศัพท์แจ้งฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อเตรียมข้อมูลยา เช่น ประเภทของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เงื่อนไขการสั่งยา หรือเป็นยานอกบัญชี
2. เขียนใบสั่งยา ระบุชื่อยา ความแรง ขนาด จำนวน ในใบสั่งยา
- 3.พยาบาล ตรวจสอบความเรียบร้อยของชื่อ สกุล ผู้ป่วย
- 4.กรณีผู้ป่วยจะนำใบเสร็จไปเบิกเงินจากต้นสังกัดให้เขียนใบรับรองไม่มียาในบัญชีโรงพยาบาลมวกเหล็ก

กรณีผู้ป่วยใน

- 1.โทรศัพท์แจ้งฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อเตรียมข้อมูลยา เช่น ประเภทของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เงื่อนไขการสั่งยา หรือเป็นยานอกบัญชี
2. เขียนใบสั่งยา ระบุชื่อยา ความแรง ขนาด จำนวน ในใบสั่งยา
- 3.พยาบาล ตรวจสอบความเรียบร้อยของชื่อ สกุล ผู้ป่วย

คำรับรองของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
โรงพยาบาลมวกเหล็ก จ.สระบุรี

วันที่.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ตำแหน่ง..... ได้ทำการตรวจรักษา ผู้ป่วยชื่อ.....

HN..... AN..... ใช้สิทธิ

ซึ่งป่วยเป็นโรค / ภาวะ มีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามแผนการรักษาโดยมี
เหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ ซึ่งมีเหตุผลดังนี้

ที่	ชื่อยาและความแรง	เหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ระบุเหตุผลหัวข้อ A-F)
	1.ชื่อยาและความแรง..... 2.ขนาดยาที่ใช้ต่อครั้ง..... 3.ระยะเวลาที่ใช้.....	
	1.ชื่อยาและความแรง..... 2.ขนาดยาที่ใช้ต่อครั้ง..... 3.ระยะเวลาที่ใช้.....	

*เหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจาก

A	เกิดอาการข้างเคียงโยกการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ADR)หรือแพ้ยา
B	ผู้ป่วยใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
C	ไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตามที่ อย. กำหนด
D	มี Contraindication หรือ Drug interaction กับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
E	ในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า
F	ผู้ป่วยแสดงความจำนง (เบิกไม่ได้)

ข้าพเจ้าได้พิจารณาโดยรอบคอบตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติของหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค. 0422.2/ว.11 ลงวันที่ 24 กันยายน
2555 แล้ว ขอรับรองว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ที่ _____ วันที่ _____

เรื่อง ขอบเบิกเงินจากกองทุนพระเทพาเพื่อชื้อยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลมวกเหล็ก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก

ข้าพเจ้า นพ./พญ.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....ว.....

ตำแหน่ง..... ได้ทำการตรวจรักษา ผู้ป่วยชื่อ.....

HN..... AN..... ใช้สิทธิ

ซึ่งป่วยเป็นโรค / ภาวะ มีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและเป็นยาที่ไม่
มีในบัญชียาโรงพยาบาลมวกเหล็ก โดยมีเหตุผลดังนี้

ที่	ชื่อยาและความแรง	เหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ระบุเหตุผลหัวข้อ A-F)
	1.ชื่อยาและความแรง..... 2.ขนาดยาที่ใช้ต่อครั้ง..... 3.ระยะเวลาที่ใช้.....	

*เหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจาก

A	เกิดอาการข้างเคียงโยการชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ADR)หรือแพ้ยา
B	ผู้ป่วยชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
C	ไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ชื้อ แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการชื้อยาตามที่ อย. กำหนด
D	มี Contraindication หรือ Drug interaction กับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
E	ในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า
F	ผู้ป่วยแสดงความจำนง (เบิกไม่ได้)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ทำการรักษา

.อนุมัติ

ลงชื่อ.....

แพทย์

(นางศิริดา ภูริวัฒนพงศ์.)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก

แบบรับรองรายการยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลมวกเหล็ก

โรงพยาบาลมวกเหล็ก จ.สระบุรี

วันที่.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ...ว.....

ตำแหน่ง..... ได้ทำการตรวจรักษา ผู้ป่วยชื่อ.....

HN..... AN..... ใช้สิทธิ

ซึ่งป่วยเป็นโรค / ภาวะ

มีความจำเป็นต้องใช้

ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลมวกเหล็ก

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลมวกเหล็ก

ตามรายการข้างล่างนี้

1. ชื่อยาและความแรง..... รหัส.....

2. ชื่อยาและความแรง..... รหัส.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา