



	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 1/13
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	เอกสารควบคุม
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-..0...4	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ผู้เกี่ยวข้องที่ต้องรับทราบ : บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล		
จัดทำโดย : เภสัชกรหญิงปทุม ภูษาหัส ตำแหน่ง : หัวหน้างานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก		ลายมือชื่อ 
ตรวจสอบโดย : เภสัชกรหญิงเสาวณีย์ ยลาภูฐานนท์ ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม		ลายมือชื่อ 
อนุมัติโดย : นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว		ลายมือชื่อ 

บันทึกการแก้ไขนับตั้งแต่เริ่มประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่	หมวด/หน้าที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด(พอสังเขป)	ผู้แก้ไข/ทบทวน
00		04 ส.ค. 2564	ประกาศใช้	ผู้จัดทำ

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 2/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-..04	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. นโยบาย

กระบวนการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาในแต่ละครั้งควรประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่

- 1.1. ความเหมาะสมในการให้ยาแก่ผู้ป่วย คือ การประเมินตามลักษณะอาการทางคลินิกที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับในเวลาที่มีใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยามาที่ห้องยา โดยเภสัชกรผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่เทคนิคเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการรับคำสั่งการใช้ยาจะต้องมีการทบทวนความเหมาะสมในใบสั่งยา หรือคำสั่งการใช้ยาแต่ละครั้ง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงขนาดยาและปัจจัยเกี่ยวกับความเหมาะสมอื่นๆ โรงพยาบาลต้องมีการกำหนด ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการทบทวนจะต้องเกิดขึ้นก่อนขั้นตอนการจัด จ่ายยา หรือก่อนการบริหารยา ในกรณีที่ย้ายยาจากสถานที่อื่นที่มีใช้ห้องยา ผู้สั่งใช้ยาจะได้รับการติดต่อเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการสั่งใช้ยา
- 1.2. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) กำหนดให้มีทีมทบทวน (Audit) การบริหารยาให้เป็นไปตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ผู้ให้การรักษา

2. วัตถุประสงค์

- 2.1. เพื่อให้มีการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา
- 2.2. ลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา
- 2.3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม


3. ขอบเขต

กระบวนการทบทวนใบสั่งยานี้เกิดขึ้นเฉพาะใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาก่อนที่จะมีการจัด จ่ายยา หรือก่อนการบริหารยา (อาจไม่จำเป็นสำหรับภาวะฉุกเฉินหรือเมื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยายังอยู่ในขณะนั้น เพื่อทำหน้าที่สั่งยา บริหารยา และเฝ้าติดตามผู้ป่วย เช่น ในห้องผ่าตัดหรือห้องฉุกเฉิน หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางรังสีหรือภาพวินิจฉัย ซึ่งการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของหัตถการนั้น)

4. คำจำกัดความ

กระบวนการทบทวนความเหมาะสมของใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา หมายถึง การทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาก่อนจ่าย ตามลักษณะอาการทางคลินิกที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับในเวลาที่มีใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา ที่หมายรวมการประเมินโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับการอบรมในประเด็นต่อไปนี้

- ความเหมาะสมของยา ขนาด ความถี่และวิถีทางการให้ยา (the appropriateness of the drug, dose, frequency, and route of administration) ; ชนิดยา ขนาดยา ความถี่ของการบริหารยา รวมถึงวิถีทางการให้ยา มีความเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการรักษาโรค


	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 3/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-..0..7	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- ความซ้ำซ้อนของการบำบัด (therapeutic duplication)
- การแพ้ยาหรือมีภูมิไวเกิน ที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น (real or potential allergies or sensitivities)
- ปฏิกิริยาระหว่างยาที่สั่งกับยาตัวอื่น อาหาร หรือสมุนไพร ที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น (real or potential interactions between the medication and other medications or food)
- ความแตกต่างจากเกณฑ์การใช้ของโรงพยาบาล (variation from hospital criteria for use)
- น้ำหนักตัวและข้อมูลด้านสรีรวิทยาอื่นๆของผู้ป่วย (patient's weight and other physiological information)
- ข้อห้ามอื่นๆ (other contraindications)


ผู้ทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา หมายถึง ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งตามคำสั่งแต่งตั้งของโรงพยาบาล หรือผู้ที่ผ่านการศึกษาและฝึกอบรมตามที่ระบุไว้ในสิทธิการปฏิบัติงาน

5. รายละเอียดระเบียบปฏิบัติ


วิธีปฏิบัติ	จุดควบคุม
- กระบวนการทบทวนความเหมาะสมของใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยรับยาจากแผนกเภสัชกรรม (OPD)	
1.1. แพทย์สั่งใช้ยา online ผ่านระบบ HOSxP หรือเขียนรายการยาเพิ่มเติมลงในใบสื่อสาร ผู้ป่วย นำใบสื่อสารมายื่นที่ห้องยาผู้ป่วยนอก	แพทย์ประเมินและสั่งใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
1.2. เภสัชกรทำการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยาในระบบ HOSxP หรือใบสื่อสารทุกคำสั่งใช้ยา	มีเภสัชกรทำการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยาทุกใบสั่งยา
1.3. เภสัชกรทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา โดยเปรียบเทียบกับอาการสำคัญ โรคประจำตัว ข้อมูลแพ้ยา และรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยประเมินความเหมาะสมจากข้อมูลผลตรวจทั่วไป ผลทางห้องปฏิบัติการ รายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ ล่าสุดที่มารับการรักษา	มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบความเหมาะสมของจำนวนยาให้สัมพันธ์กับวันนัดในระบบ HOSxP ภายใต้การควบคุมของเภสัชกร มีเภสัชกรทำการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยาทุกใบสั่งยา

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 4/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-.....	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 4 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล


วิธีปฏิบัติ	จุดควบคุม
<p>1.4. ถ้าพบปัญหาจากการใช้ยาให้ติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โดยแนบใบพิจารณาคำสั่งใช้ยาส่งกลับ พร้อมใบสื่อสาร หรือโทรติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อพิจารณาคำสั่งการใช้ยา - ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทำการแก้ไข พร้อมลงชื่อกำกับ และส่งใบพิจารณาคำสั่งใช้ยามาที่แผนกเภสัชกรรมอีกครั้ง หรือใช้วิธีพิจารณาคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ (โดยต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน IPSPG.2) 	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกรายละเอียดปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ไข และผลการแก้ไข ลงในแบบฟอร์ม (UE form) ในระบบ HOSxP - จุดที่มีการแก้ไขคำสั่งการใช้ยา ต้องลงชื่อผู้แก้ไขกำกับทุกครั้ง - กรณีเป็นการแก้ไขคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ เภสัชกรจะต้องทำโน้ตในวิธีใช้ในสติ๊กเกอร์ยา (ระบุ รศส. นพ. xxx พร้อมระบุเหตุผล) แจ้งเตือนเพื่อให้แพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบในครั้งถัดไป
<p>1.5. หน่วยงานรวบรวมข้อมูลปัญหาที่พบเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่พบเดือนละ 1 ครั้ง ส่งศูนย์บริการเภสัชสนเทศ. (Drug Information Service: DIS) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาต่างๆ - หน่วยงานวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่พบเดือนละ 1 ครั้ง ส่งคณะอนุกรรมการระบบยาของโรงพยาบาล (Patient Care Team; PCT)
<p>2. กระบวนการทบทวนความเหมาะสมของใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยรับยาจากแผนกเภสัชกรรม</p>	
<p>2.1. พยาบาลผู้ป่วยในรับคำสั่งการใช้ยา และนำใบสั่งยาส่งแผนกเภสัชกรรมโดยการ scan doctor order sheet ผ่านระบบ scan order มาที่แผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โดยมีเภสัชกรทำการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เภสัชกรทบทวนความเหมาะสม ของคำสั่งใช้ยาทุกใบสั่งยา
<p>2.2. ถ้าพบปัญหาจากการสั่งใช้ยาให้ติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาหรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยราย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกรายละเอียดปัญหาที่พบ แนวทางแก้ไข และผลการแก้ไข ลงในแบบฟอร์มที่โรงพยาบาล

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 5/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-...04	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล


วิธีปฏิบัติ	จุดควบคุม
<p>นั้นๆ โดยประสานแพทย์หรือพยาบาล ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อพิจารณาคำสั่งการใช้ยา หรือโทรติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อพิจารณาคำสั่งการใช้ยา ในกรณีที่คำสั่งใช้ยามีความซับซ้อน</p>	<p>กำหนดนำส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย เพื่อส่งต่อให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆพิจารณาคำสั่งการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - จุดที่มีการแก้ไขคำสั่งการใช้ยา ต้องลงชื่อผู้แก้ไขกำกับทุกครั้ง - ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทำการแก้ไขพร้อมลงชื่อกำกับ - ใช้วิธีพิจารณาคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ (โดยต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน IPSG.2 พยาบาล) - พยาบาลนำใบสั่งยาที่มีการแก้ไขคำสั่งใช้ยา ส่งแผนกเภสัชกรรมโดยการ scan doctor order sheet ผ่านระบบ scan order มาที่แผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยในอีกครั้ง - เภสัชกรตรวจสอบคำสั่งใช้ยาอีกครั้ง
<p>2.3. สำหรับหอผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อมีการจ่ายยาไปที่หอผู้ป่วย พยาบาลทำการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยาก่อนการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยทุกครั้ง โดยถ้าพบความไม่เหมาะสมหรือข้อสงสัยในคำสั่งการใช้ยานั้นๆ ให้ติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ทีมแพทย์หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ (กรณียา HAD ปฏิบัติตามมาตรฐาน IPSG.3) - กรณีเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา หรือการบริหารยา ให้ติดต่อสอบถามข้อมูลด้านยาจากเภสัชกร หน่วยงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน 	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกรายละเอียดปัญหาที่พบ แนวทางแก้ไข และผลการแก้ไข ลงในแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลกำหนด - จุดที่มีการแก้ไขคำสั่งการใช้ยา ต้องลงชื่อผู้แก้ไขกำกับทุกครั้ง - นำใบสั่งยาที่มีการแก้ไขคำสั่งใช้ยา ส่งแผนกเภสัชกรรมโดยการ scan doctor order sheet ผ่านระบบ scan order มาที่แผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยในอีกครั้ง
<p>2.4. แต่ละหน่วยงานรวบรวมข้อมูลปัญหาที่พบ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และกำหนดแนว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งข้อมูลปัญหาที่พบของหน่วยงาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่พบเดือนละ 1 ครั้ง ส่ง

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 6/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-..	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล


วิธีปฏิบัติ	จุดควบคุม
<p>ทางการป้องกันร่วมกัน</p>	<p>ศูนย์บริการเภสัชสนเทศ (Drug Information Service: DIS) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - นำปัญหาเสนอต่อคณะกรรมการดำเนินการระบบยา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบ และกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล
<p>3. ผู้ป่วยรับยาจากที่อื่นที่มีใบแผนกเภสัชกรรม (OPD)</p>	
<p>3.1. พยาบาลจุดซักประวัติยาพบว่าผู้ป่วยมีรับยาจากที่โรงพยาบาลอื่น หรือมีใช้ยาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว ส่งพบเภสัชกร</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลจุดซักประวัติส่งผู้ป่วยมาที่แผนกเภสัชกรรมเพื่อทบทวนการใช้ยา Medical Reconciliation
<p>3.2. เภสัชกรซักประวัติยาเดิมจากผู้ป่วย ทบทวนคำสั่งใช้ยาชนิดยา ความแรง วิธีการใช้ยา กรณีผู้ป่วยไม่มีข้อมูลการใช้ยาและไม่มียาเดิมมา ติดตามประวัติยาเดิมโดยโทรสอบถามสถานพยาบาลเดิมของผู้ป่วยที่รักษาล่าสุด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีเภสัชกรติดตามประวัติยาเดิมของผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน ตามแบบฟอร์ม MR ให้แพทย์เพื่อทำการรักษา
<p>4. ผู้ป่วยรับยาจากที่อื่นที่มีใบแผนกเภสัชกรรม (IPD)</p>	
<p>4.1. พยาบาลผู้ป่วยในรับคำสั่งการใช้ยาที่ไม่มีในโรงพยาบาล และนำใบสั่งยาส่งแผนกเภสัชกรรมโดยการ scan doctor order sheet ผ่านระบบ scan order มาที่แผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยใน พร้อมกับส่งยาเดิมของผู้ป่วยที่ไม่มีในโรงพยาบาล มาที่แผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โดยมีเภสัชกรทำการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา และทำการเปรียบเทียบรายการยาจากถุงยาเดิมกับ ก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยในทำการลงทะเบียนรับฝากยาเดิมของผู้ป่วย - มีเภสัชกรทำการทบทวนความเหมาะสม ของคำสั่งใช้ยากับรายการยาเดิมของผู้ป่วยทุกใบสั่งยา (กรณีเป็นยาเดิมของผู้ป่วยที่ไม่มีในโรงพยาบาลจะมีการจัดยาจากยาเดิมของผู้ป่วย)

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 7/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-1004	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	จุดควบคุม
doctor order sheet	
<p>4.2. ถ้าพบปัญหาจากการสั่งใช้ยาเดิมผู้ป่วยที่ไม่มี มียาในโรงพยาบาลให้ติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยราย นั้นๆ และแนบใบพิจารณาคำสั่งใช้ยา ส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย เพื่อรับเรื่องส่งต่อให้ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบ ผู้ป่วยรายนั้นๆเพื่อพิจารณาคำสั่งการใช้ยา ผู้ป่วยที่ไม่มียาในโรงพยาบาล - โทรติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือแพทย์ ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆเพื่อพิจารณา คำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยที่ไม่มียาในโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกรายละเอียดปัญหาที่พบ แนวทางแก้ไข และผลการแก้ไข ลงในแบบฟอร์มที่โรงพยาบาล กำหนด - จุดที่มีการแก้ไขคำสั่งการใช้ยา ต้องลงชื่อผู้แก้ไข กำกับทุกครั้ง - นำใบสั่งยาที่มีการแก้ไขคำสั่งใช้ยา ส่งแผนก เภสัชกรรมโดยการ scan doctor order sheet ผ่านระบบ scan order มาที่แผนกเภสัชกรรม ผู้ป่วยในอีกครั้ง
<p>4.3. สำหรับหอผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อมีการจ่ายยาผู้ป่วยที่ไม่มีในโรงพยาบาล ไปที่หอผู้ป่วย พยาบาลทำการทบทวนความ เหมาะสมของคำสั่งใช้ยา ก่อนการบริหารยา ให้แก่ผู้ป่วยทุกครั้ง โดยถ้าพบความไม่ เหมาะสมหรือข้อสงสัยในคำสั่งการใช้ยา นั้นๆ ให้ติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ทีมแพทย์ หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ (กรณียา HAD ปฏิบัติตามมาตรฐาน IPSG.3) - กรณีเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา การ บริหารยา ให้ติดต่อสอบถามข้อมูลด้านยา จากหน่วยงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน 	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกรายละเอียดปัญหาที่พบ แนวทางแก้ไข และผลการแก้ไข ลงในแบบฟอร์มที่โรงพยาบาล กำหนด - จุดที่มีการแก้ไขคำสั่งการใช้ยา ต้องลงชื่อผู้แก้ไข กำกับทุกครั้ง - นำใบสั่งยาที่มีการแก้ไขคำสั่งใช้ยา ส่งแผนก เภสัชกรรมโดยการ scan doctor order sheet ผ่านระบบ scan order มาที่แผนกเภสัชกรรม ผู้ป่วยในอีกครั้ง
<p>4.4. แต่ละหน่วยงานรวบรวมข้อมูลปัญหาที่พบ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่พบ เดือนละ 1 ครั้ง ส่งศูนย์บริการเภสัชสนเทศ.

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 8/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-.....	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	จุดควบคุม
	(Drug Information Service: DIS) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาต่างๆ - นำปัญหาเสนอต่อคณะกรรมการดำเนินการระบบยา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบ
5. กระบวนการทบทวนรวบรวมความแตกต่างของเวลาบริหารยาแก่ผู้ป่วย	
5.1. งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	
- หัวข้อนี้ รพ. ยังไม่ได้ทำเป็น Routine แต่มีการทำ grand round เฉพาะเคสที่สนใจ (เสนอ set ระบบกรรมการตรวจสอบ)	
5.2. งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	
- แผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยในร่วมกับศูนย์บริการเภสัชสนเทศ. (Drug Information Service: DIS) จัดทำคู่มือการบริหารยาและตารางเวลาการบริหารยาเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาลให้หอผู้ป่วยใน	- คู่มือการบริหารยาและตารางเวลาการบริหารยาที่มีการปรับปรุงทุก 1 ปี
- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) กำหนดให้มีทีมทบทวน (Audit) การบริหารยาให้เป็นไปตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ผู้ให้การรักษา	- บันทึกรายละเอียดผลการตรวจสอบ ลงในแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลกำหนด ปัจจุบันมีแค่หอผู้ป่วยเก็บข้อมูล - Administration Error แล้วรายงานส่งศูนย์บริการเภสัชสนเทศ (Drug Information Service: DIS) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาต่างๆ เดือนละ 1 ครั้ง
- แต่ละหน่วยงานรวบรวมวิเคราะห์และประเมินผลการตรวจสอบที่พบ	- แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์และประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง แล้วรายงานส่งศูนย์บริการเภสัชสนเทศ. (Drug Information Service: DIS)

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 9/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-...	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

มาตรฐาน International Patient Safety Goals (IPSG)

IPSG.2 – IPSG.2.2 | เป้าหมาย 2: เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร Goal 2: Improve Effective Communication

เป้าหมาย 2: เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร (Goal 2: Improve Effective Communication)

มาตรฐาน IPSG.2

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการสื่อสารทางวาจาและหรือทางโทรศัพท์ระหว่างผู้ให้การดูแล และ นำไปปฏิบัติ

มาตรฐาน IPSG.2.1


องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อรายงานผลที่สำคัญของการตรวจวินิจฉัย และนำไปปฏิบัติ

มาตรฐาน IPSG.2.2

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อส่งต่อการสื่อสาร และนำไปปฏิบัติ

เจตนาของ IPSG.2 ถึง IPSG.2.2

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และเป็นที่น่าสนใจของผู้รับ ช่วยลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การสื่อสารอาจจะเป็นอิเล็กทรอนิกส์ วาจา หรือการเขียน เป็นลายลักษณ์อักษร การสื่อสารที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือคำสั่งการรักษาผู้ป่วยด้วยวาจา และคำสั่งทางโทรศัพท์ ของการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่เป็นค่าวิกฤต (critical test results) และการส่งต่อการสื่อสาร การส่งต่อการสื่อสาร ยังสามารถเรียกว่าการสื่อสารแบบผลัดออกไป (handoff) การสื่อสารที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือ คำสั่งการรักษาผู้ป่วยด้วยวาจาและคำสั่งทางโทรศัพท์ หากได้รับอนุญาตตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ ภายในประเทศ สำเนียงที่แตกต่างกัน ภาษาท้องถิ่น การออกเสียง เป็นการยากที่ผู้รับฟังจะเข้าใจคำสั่งที่ได้รับ เช่น ชื่อยาและหมายเลขที่มีเสียงเหมือนกัน เช่น “Erythromycin” แทนที่จะเป็น “Azithromycin” หรือ “สิบห้า” แทนที่จะเป็น “ห้าสิบ” จะมีผลต่อความถูกต้องของคำสั่ง เสียงเบื่องหลัง การขัดจังหวะ และชื่อยาและคำศัพท์ที่ไม่คุ้นเคยประกอบกัน เป็นปัญหา เมื่อได้รับคำสั่งทางวาจาต้องได้รับการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะเพิ่มความซับซ้อนและความเสี่ยง ต่อกระบวนการสั่งยา รายงานผลการทดสอบวินิจฉัยที่วิกฤตเป็นปัญหาความปลอดภัยของคนไข้ด้วยเช่นกัน การตรวจวินิจฉัยรวมถึง แต่ไม่จำกัดการทดสอบในห้องปฏิบัติการ การทดสอบรังสีวิทยา การทดสอบเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การทำอัลตราซาวด์ การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็ก และการวินิจฉัยการเต้นของหัวใจ การทดสอบนี้รวมถึงผลวินิจฉัยที่ทำการตรวจ ณ จุด ให้บริการที่ข้างเตียง เช่น การทดสอบที่จุดการดูแล การทดสอบฉายรังสีแบบพกพา การทำอัลตราซาวด์ข้างเตียง หรือ การตรวจหัวใจผ่านทางหลอดอาหาร (transesophageal echocardiograms) ผลที่ได้นอกเกณฑ์ปกติอาจบ่งบอกถึง ความเสี่ยงสูงหรือสภาวะที่คุกคามชีวิต ระบบการ

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 10/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-...	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

รายงานที่ชัดเจนอย่างเป็นทางการระบุว่ามีการสื่อสารผลการตรวจ วินิจฉัยไปยังผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ และวิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วย (ดูที่ AOP.5.4)


การปฏิบัติที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสารทางวาจาหรือโทรศัพท์ รวมถึงต่อไปนี้

การจำกัดการสื่อสารทางวาจาสำหรับใบสั่งยาหรือคำสั่งซื้อยาในสถานการณ์เร่งด่วนที่การเขียนหรือการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นไปได้โดยทันที ตัวอย่างเช่น คำสั่งทางวาจาอาจไม่ได้รับอนุญาตเมื่อใช้ยาตามคำสั่งอยู่และมีแผนภูมิผู้ป่วยอยู่ คำสั่งทางวาจาสามารถจำกัดสถานการณ์ที่ยากหรือเป็นไปได้ที่จะสั่งยาทางเอกสารหรือ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น ในระหว่างขั้นตอนการฆ่าเชื้อ การจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการขอหรือรับผลการทดสอบแบบฉกฉวยหรือพื้นฐานสถิติ มีการรายงานและติดตาม การระบุผู้ป่วยและคำจำกัดความของการทดสอบและค่าที่วิกฤต เพื่อและโดยผู้ใด

การจดบันทึก (หรือการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์) คำสั่งการตรวจรักษาหรือผลตรวจวิเคราะห์ที่ครบถ้วนโดยผู้รับ สารสนเทศ ผู้รับสารสนเทศอ่านทวนกลับคำสั่งการตรวจรักษาหรือผลตรวจวิเคราะห์ และการยืนยันความถูกต้องของสิ่งที่จดบันทึกและอ่านทวนกลับโดยผู้ออกคำสั่งหรือผู้รายงานผล นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ ระบุทางเลือกที่อนุญาตให้ทำได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่กระบวนการทวนกลับไม่สามารถทำได้เสมอไป เช่น ในห้องผ่าตัด และใน สถานการณ์ฉุกเฉินในแผนกฉุกเฉินหรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ดูที่ COP.2.2; MMU.4; MMU.4.1; และ MOI.11, ME 1) การส่งมอบการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลเกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ เช่น ระหว่างแพทย์และแพทย์อื่นๆ หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ หรือจากผู้ให้บริการกับ ผู้ให้บริการระหว่างการเปลี่ยนกะเข้างาน ระหว่างระดับการดูแลที่แตกต่างกันในองค์กรเดียวกัน เช่น เมื่อย้ายผู้ป่วยจากหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตไปยังหน่วยทาง การแพทย์ หรือจากแผนกฉุกเฉินไปห้องผ่าตัด และ จากหน่วยผู้ป่วยในไปยังแผนกวินิจฉัยหรือหน่วยรักษาอื่นๆ เช่น รังสีบำบัดหรือกายภาพบำบัด ความผันผวนในการสื่อสารสามารถเกิดขึ้นระหว่างการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยและสามารถก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เสียงเบื้องหลัง การขัดจังหวะ และข้อผิดพลาดและการรบกวนอื่นๆ จากหน่วยที่ทำกิจกรรมสามารถยับยั้งการ สื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญอย่างชัดเจน มาตรฐาน เนื้อหาที่สำคัญสำหรับการสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ป่วย และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพสามารถปรับปรุงผลที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (ดูที่ ACC.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.2

1. มีการอ่านทวนกลับคำสั่งการตรวจรักษาที่จดบันทึกไว้อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ เมื่อมีคำสั่งด้วยวาจา และได้รับการยืนยันโดยผู้ออกคำสั่ง
2. มีการอ่านทวนกลับคำสั่งการตรวจรักษาที่จดบันทึกไว้อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ เมื่อมีคำสั่งทางโทรศัพท์ และได้รับการยืนยันโดยผู้ออกคำสั่ง

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 11/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-.....	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 4 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- มีการอ่านทวนกลับผลการตรวจวิเคราะห์ที่จัดบันทึกไว้อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ และได้รับการยืนยันโดยผู้รายงานผลการตรวจวิเคราะห์

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.2.1

- องค์กรกำหนดค่าวิกฤตสำหรับการทดสอบวินิจฉัยแต่ละประเภท
- องค์กรระบุผลการทดสอบวินิจฉัยที่วิกฤตโดยใครและเพื่อผู้ใด
- องค์กรบันทึกข้อมูลไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.2.2

- องค์กรกำหนดมาตรฐานเนื้อหาที่วิกฤตที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในระหว่างการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย
- รูปแบบ เครื่องมือ และวิธีการที่เป็นมาตรฐานสม่ำเสมอตลอดกระบวนการส่งมอบ
- ข้อมูลจากการสื่อสารที่ส่งมอบมีการติดตามและใช้ในการปรับปรุงวิธีการสื่อสารการส่งมอบอย่างปลอดภัย

IPSG.3 – IPSG.3.1 | เป้าหมาย 3: เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง Goal 3: Improve the Safety of High-Alert Medications

เป้าหมาย 3: เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (Goal 3: Improve the Safety of High-Alert Medications)

มาตรฐาน IPSG.3

องค์กรจัดทำแนวทางในการเพิ่มความปลอดภัยของการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง และนำไปปฏิบัติ


มาตรฐาน IPSG.3.1

องค์กรจัดทำแนวทางในการจัดการด้านความปลอดภัยจากการใช้สารละลายเกลือแร่ที่มีความเข้มข้นสูง

เจตนาของ IPSG.3 ถึง IPSG.3.1

เมื่อเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษาผู้ป่วย การจัดการที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ยาใดๆ ที่ซื้อโดยไม่มีใบสั่งยา ถ้าใช้ไม่ถูกต้องอาจทำให้เป็นอันตราย อย่างไรก็ตาม ยาที่ต้องระมัดระวังสูงก่อให้เกิดอันตรายบ่อยครั้งมากขึ้น และอันตรายมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเมื่อได้รับอย่างผิดพลาด สามารถทำให้ผู้ป่วยทรมาณและมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

ยาที่ต้องระมัดระวังสูงรวมถึง ยาที่มีเปอร์เซ็นต์ความผิดพลาดสูงและ/หรือต้องใช้ตลอดเวลา เช่น อินซูลิน heparin หรือยาเคมีบำบัด และยาที่มีชื่อ บรรจุภัณฑ์ และการติดฉลาก หรือการใช้ในคลินิก ที่มีชื่อ

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 12/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-.....	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 04 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



คล้าย (look alike/sound alike) เช่น Xanax และ Zantac หรือ hydralazine และ hydroxyzine มีชื่อยาจำนวนมากที่มีลักษณะคล้ายๆ กันกับชื่อยาอื่นๆ ชื่อที่สับสนเป็นสาเหตุของข้อผิดพลาดในการใช้ยาทั่วโลก

ปัจจัยที่เพิ่มความสับสนนี้คือ การขาดความรู้จากชื่อของยา ผลิตภัณฑ์ใหม่ บรรจุภัณฑ์หรือฉลากที่คล้ายกัน การใช้งานทางคลินิกที่คล้ายกัน จุดแข็ง รูปแบบปริมาณการใช้ และความถี่ในการบริหารยาที่คล้ายกัน และ ใบสั่งยาที่ผิด หรือ ความเข้าใจผิดระหว่างการออกคำสั่งยาทางวาจา บัญชีรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูงและที่มีลักษณะคล้ายๆ กันสามารถหาได้จากองค์กรต่างๆ เช่น องค์กรอนามัย โลก หรือ สถาบันการใช้ยาที่ปลอดภัย (Institute for Safe Medication Practice (ISMP) และในเอกสารทางวิชาการ ประเด็นความปลอดภัยด้านยาที่มักจะมีกรกล่าวถึงคือการให้สารละลายเกลือแร่ที่มีความเข้มข้นสูงแก่ผู้ป่วย โดยไม่ได้ตั้งใจ (เช่น โปแตสเซียมคลอไรด์ [ความเข้มข้นตั้งแต่ 2mEq/ml ขึ้นไป] โปแตสเซียมฟอสเฟต [ความเข้มข้นตั้งแต่ 3 mmol/ml ขึ้นไป] โซเดียมคลอไรด์ [ความเข้มข้นมากกว่า 0.9%] และแมกนีเซียมซัลเฟต [ความเข้มข้นตั้งแต่ 50% ขึ้นไป]) ความคลาดเคลื่อนนี้สามารถเกิดได้เมื่อบุคลากรไม่ได้รับการแนะนำงานเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับหน่วยดูแลผู้ป่วย อย่างเหมาะสม เมื่อมีการใช้บริการพยาบาลรับจ้างช่วง (contracted nurses) และไม่ได้รับการแนะนำงานอย่างเหมาะสม หรือระหว่างภาวะฉุกเฉิน วิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการลดหรือขจัดเหตุการณ์นี้คือการจัดให้มี กระบวนการสำหรับจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง รวมถึงการเปลี่ยนสถานที่เก็บสำรองสารละลายเกลือแร่เข้มข้นจาก หน่วยดูแลผู้ป่วยไปไว้ที่หน่วยเภสัชกรรม (ดูที่ MMU.3)

องค์กรจัดทำนโยบาย และ/หรือระเบียบปฏิบัติด้วยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อระบุบัญชีรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงตามข้อมูลขององค์กรเอง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และเกือบพลาด และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รายการรวมถึงยาที่ระบุว่ามีความเสี่ยงสูงสำหรับผลที่ไม่พึงประสงค์ และยาที่มีความเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายๆ กันที่สร้างความสับสน ข้อมูลที่ได้จากเอกสารทางวิชาการและ/หรือกระทรวงสาธารณสุขมีประโยชน์ในการช่วยระบุว่ายาใดที่ควรรวมอยู่ในยาที่มีความเสี่ยงสูง มีวิธีการเก็บในลักษณะที่จำกัดการเข้าถึงเพื่อป้องกันการบริหารยาโดยไม่ได้ตั้งใจ กลยุทธ์ที่จะปรับปรุงความปลอดภัยของยาที่มีความเสี่ยงสูงอาจได้รับการปรับให้เหมาะสมกับความเสี่ยงเฉพาะของแต่ละยา และควรมีการพิจารณากระบวนการออกใบสั่งยา การเตรียมยา การบริหารยา และการติดตาม นอกเหนือไปจากกลยุทธ์การจัดเก็บที่ปลอดภัย นโยบาย และ/หรือระเบียบปฏิบัติระบุบริเวณที่สารละลายเกลือแร่เข้มข้นมีความจำเป็นทางคลินิก ตามหลักฐานและการปฏิบัติของวิชาชีพ เช่น แผนกฉุกเฉินหรือห้องผ่าตัด และระบุวิธีการเขียนฉลากที่ชัดเจน รวมถึง วิธีการเก็บในบริเวณนั้น ในลักษณะที่จำกัดการเข้าถึงเพื่อป้องกันการบริหารยาโดยไม่ได้ตั้งใจ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.3

1. มีการจัดทำนโยบาย และ/หรือระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการระบุยาที่ต้องระมัดระวังสูงรวมถึงยาที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน ซึ่งจัดทำจากข้อมูลโดยเฉพาะขององค์กร

	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	หน้า 13/13
	รหัสเอกสารคุณภาพ: SP-PTC-001-... 	เอกสารควบคุม
	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Review order)	แก้ไขครั้งที่ 00 ประกาศใช้วันที่ 4 ส.ค. 2564
หน่วยงานรับผิดชอบ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- มีการจัดทำนโยบาย และ/หรือระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการระบุ การจัดเก็บยาโดยเฉพาะ การออกใบสั่งยา การเตรียมยา การบริหารยา และการติดตามยาที่ต้องระมัดระวังสูงเพื่อปรับปรุงความปลอดภัย
- มีการจัดทำนโยบาย และ/หรือระเบียบปฏิบัติ เกี่ยวกับการระบุสถานที่เก็บ การเขียนฉลาก และการจัดเก็บยาที่ต้องระมัดระวังสูงรวมถึงยาที่มีลักษณะคล้ายๆกัน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.3.1

- มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการบริหารสารละลายเกลือแร่ความเข้มข้นสูงโดยไม่ได้ตั้งใจในบริเวณที่ได้รับอนุญาตโดยนโยบาย
- ไม่มีสารละลายเกลือแร่ความเข้มข้นสูงในหน่วยดูแลผู้ป่วยถ้าไม่มีความจำเป็นทางคลินิก
- สารละลายเกลือแร่ความเข้มข้นสูงซึ่งเก็บไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยได้รับการเขียนฉลากอย่างชัดเจน และเก็บไว้ในลักษณะที่จำกัดการเข้าถึง