

มาตรฐานเชิงนโยบายสหสาขาวิชาชีพ

เรื่อง “การบริหารจัดการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2”

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างถึง: II-6 ระบบการจัดการด้านยา	รหัสเอกสาร..... <u>นย.003/2564</u>หน้า.....
ผู้เขียน / เรียบเรียง (ต้นฉบับ) คณะกรรมการพัฒนาและปรับปรุงการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มกราคม 2559	ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1/2564 ผู้เขียน/ผู้เรียบเรียง คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยา
ผู้เสนอ: ผศ.นพ. ประสิทธิ์ วงศ์ตรีรัตนชัย มกราคม 2559	ผู้เสนอ: <u>ประสิทธิ์ วงศ์ตรีรัตนชัย</u> พ.ศ./2564 (รศ.นพ. ขจรศักดิ์ นพคุณ: ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบยา)
ผู้รับรอง: ผศ.นพ. สิทธิชา สิริอารีย์ มกราคม 2559 QMR	ผู้รับรอง: <u>สิริอารีย์</u> พ.ศ./2564 (ผศ.นพ. เศรษฐพงศ์ บุญศรี: QMR)
ผู้อนุมัติ: ผศ.นพ. นิสิต วรรณัจฉริยา มกราคม 2559 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ผู้อนุมัติ: <u>นิสิต วรรณัจฉริยา</u> พ.ศ./2564 (ผศ.นพ.: นเรนทร์ โชติรสนิรมิต: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
ผู้อนุมัติ: ศ.คลินิก.นพ. วัฒนา นาวาเจริญ มกราคม 2559 คณบดีคณะแพทยศาสตร์	ผู้อนุมัติ: <u>วัฒนา นาวาเจริญ</u> พ.ศ./2564 (ศ.นพ. บรรณกิจ โลงนาภิวัฒน์: คณบดีคณะแพทยศาสตร์)

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 แก่บุคลากรทางการแพทย์ให้ปฏิบัติถูกต้องตรงกัน
- 1.2 เพื่อป้องกันและลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

คำนิยามศัพท์

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หมายถึง ยาเสพติดให้โทษที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ผลิต นำเข้า ขาย โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และจำหน่ายให้แก่ผู้มีใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เท่านั้น ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นผู้จัดหา และมีกระบวนการควบคุมคุณภาพมาตรฐานทั้งการผลิตและการนำเข้า

วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 หมายถึง ยาที่มีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งในระบบประสาทส่วนกลางมีสารเคมีที่ควบคุมการทำงานของร่างกายหลายระบบ โดยยึดการแบ่งตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 นี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้จัดหาและมีกระบวนการควบคุมคุณภาพมาตรฐานทั้งการผลิตและนำเข้า

การบริหารจัดการยาเสพติด หมายถึง การจัดซื้อ การทำรายงาน การสั่งยา การเบิกจ่ายยา การจัดเก็บสำรองยา การบริหารยาและการทำลายยาเสพติด

3. นโยบายการปฏิบัติ

3.1 ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

3.1.1 การจัดซื้อและการทำรายงาน ให้ปฏิบัติตามระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัดโดย

1. จัดทำบัญชี รับ - จ่าย รายเดือน (แบบ ย.ส.6) และ บัญชี รับ - จ่าย รายปี (แบบ ย.ส.7) จำนวน 2 ฉบับ ฉบับที่หนึ่งเสนอเลขอาธิการทุกสิ้นเดือน (ภายใน 30 วันนับจากวันสิ้นเดือน) หรือทุกปี (ตามกฎหมายกระทรวงฉบับที่ 2) อีกฉบับเก็บไว้ ณ สถานที่กำหนดในใบอนุญาตเป็นเวลา 5 ปี (สำหรับยาทุกตัวที่ซื้อจากกองควบคุมวัตถุเสพติด)
2. กรอกรายละเอียดให้ถูกต้องครบถ้วนทุกช่อง ระบุรหัสสถานที่ และรหัสผู้ถือใบอนุญาตทุกครั้ง
3. การลงชื่อยาต้องลงทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้าของยา
4. การลงปริมาณการใช้ไม่ต้องคำนวณเป็นกรัม สามารถลงเป็น มิลลิลิตร เม็ด ขวด หลอด ได้ และยอดรับ - จ่าย ยอดคงเหลือ ต้องถูกต้องตามจริง
5. ต้องมีลายเซ็นผู้รับใบอนุญาตกำกับในการทำรายงานทุกครั้ง
6. การส่งรายงานทางไปรษณีย์ให้เจ้าหน้าที่ของถึง ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติดโดยตรง เพื่อมิให้เกิดความล่าช้า
7. ต้นปีงบประมาณ (ประมาณเดือนตุลาคม) สำนักงานผู้อำนวยการ งานบริหารโรงพยาบาล จะดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ประจำปี

3.1.2 การสั่งยา ให้แพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้สั่งจ่ายในเวชระเบียนและในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ไม่สามารถสั่งใช้ในนามสถานประกอบการอื่น หรือ กรณีใช้ใบสั่งยาต้องระบุ Diagnosis ของผู้ป่วยให้ชัดเจน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แพทย์เขียนคำสั่งจ่ายยา ใน OPD card หรือ Doctor order sheet และ เขียนแบบบันทึก ย.ส.5 (ภาคผนวก 2) โดยกำหนดให้ 1 รายการยาต่อ 1 ใบ ย.ส.5
2. ให้ระบุรายละเอียดผู้สั่ง คำสั่งการจ่ายยา รายละเอียดผู้ป่วยให้ชัดเจน กรณีมีการแก้ไขให้ขีดทับส่วนที่แก้ไขและเขียนชื่อกำกับทุกครั้ง ไม่อนุญาตให้ใช้น้ำยาลบคำผิดในการแก้ไขใดๆ ในใบ ย.ส.5 โดยมีข้อกำหนดปริมาณการสั่งดังนี้

ผู้ป่วยนอก : กำหนดให้สั่งยารับประทานและแผ่นแปะได้ไม่เกิน 90 วัน

ผู้ป่วยใน

: กรณีระหว่างนอนในโรงพยาบาล กำหนดให้สั่งยาในช่อง One day และกำหนดปริมาณการสั่ง ดังนี้

- ยาฉีด ครั้งละไม่เกิน 5 amp
- ยารับประทาน ครั้งละไม่เกิน 3 วัน
- แผ่นแปะผิวหนัง ครั้งละไม่เกิน 3 แผ่น

**ยกเว้นแพทย์เฉพาะทางสาขาระงับปวดและผู้ป่วย Palliative care สั่งได้ไม่เกิน 7 วัน

: กรณีผู้ป่วยจำหน่าย กำหนดให้สั่งยาได้เฉพาะชนิดรับประทานจำนวนไม่เกิน 30 วัน สำหรับผู้ป่วย Palliative care สามารถสั่งยา Morphine inj เตรียมผสมน้ำเกลือใช้ร่วมกับอุปกรณ์ ให้ยาได้ผิวหนัง ในระหว่างที่กลับบ้านได้ 1 ชุดโดยปฏิบัติตามแนวทางการเบิกจ่าย (ภาคผนวก 10)

2. แพทย์สั่งยาในระบบ SMI ภายหลังจากที่เขียนใบ ย.ส.5 กรณียาที่ต้องควบคุมการใช้โดยแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไปจะสั่งยาดังนั้นในระบบ SMI ไม่ได้ จะต้องทำการติดต่อไปยังแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาความเหมาะสมและสั่งยาในระบบแทนหากเห็นชอบ

รายการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ควบคุมการสั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทาง

รายการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	กำหนดแพทย์ผู้สั่ง
1. Fentanyl 500 mcg Inj. 10 mL	Doctor - Anesthetist, Doctor - Chest, Doctor - Cardio Ped, Doctor - Rheumato-Ped, Doctor - Fam Med_Pain, Doctor - Ped Fentanyl, Doctor - Fellow Ped Cardio, Doctor - Surg Hepatic
2. Fentanyl 100 mcg Inj. 2 mL	Doctor - Chest, Doctor - Rheumato-Ped, Doctor - Rheumato, Doctor - Cardio Ped, Doctor - Anesthetist, Doctor - ER, Doctor - Surg Hepatic, Doctor - Surgery, Doctor - Newborn, Doctor - Neurologist, Doctor - OB, Doctor - Cardio, Doctor - Hemato, Doctor - GI, Doctor - Fellow Cardio, Doctor - Ped Fentanyl, Doctor - Fellow Neuro, Doctor - Fam Med_Pain, Doctor - Fellow Ped Cardio)
3. Fentanyl (แผ่นแปะ) 12 mcg/hr	Doctor - Anesthetist, Doctor - Palliative care, Doctor - Oncologist, Doctor - BreastOnco, Doctor - Fam Med_Pain
4. Fentanyl (แผ่นแปะ) 25 mcg/hr	Doctor - Anesthetist, Doctor - BreastOnco, Doctor - Palliative care, Doctor - Oncologist, Doctor - Fam

รายการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	กำหนดแพทย์ผู้สั่ง
	Med_Pain
5. Fentanyl (แผ่นแปะ) 50 mcg/hr	Doctor - Oncologist, Doctor - Anesthetist, Doctor - Palliative care, Doctor - BreastOnco, Doctor - Fam Med_Pain
6. Methadone Tab 5 mg	Doctor - Radiologist, Doctor - Oncologist, Doctor - BreastOnco, Doctor - Palliative care, Doctor_PainOrderMethadone, Doctor - Anesthetist, Doctor - Fam Med_Pain
7. Methadone Sol (1 mg/mL)	Doctor - Psychiatry, Doctor - Psychiatry & CigarMed, Doctor - Radiologist, Doctor - Oncologist, Doctor - BreastOnco, Doctor - Palliative care, Doctor_PainOrderMethadone, Doctor - Anesthetist, Doctor - Fam Med_Pain
8. Kapanol Cap 50 mg	Doctor - Anesthetist, Doctor - Fam Med_Pain, Doctor - Oncologist, Doctor - Surgery_Onco, Doctor - BreastOnco
9. Oxycodone CR Tab 40 mg	Doctor - Anesthetist, Doctor_PainOrderMethadone, Doctor - Palliative care, Doctor - BreastOnco, Doctor - Oncologist, Doctor - Hemato, Doctor - Fellow Hemato
10. Oxycodone CR Tab 10 mg	Doctor - Anesthetist, Doctor - Palliative care, Doctor_PainOrderMethadone, Doctor - BreastOnco, Doctor - Oncologist, Doctor - Hemato, Doctor - Fellow Hemato

หมายเหตุ : การเบิกยา 10% cocaine 2 mL สำหรับวิสัญญี, ห้องผ่าตัด ให้คีย์เบิกยาในช่องหัตถการในระบบ SMI จากนั้นเขียนใบสั่งยารวม ใบ ย.ส. 5 และชากยามาแลกที่ห้องผลิตยาปราศจากเชื้อ (รวมปริมาตรให้ครบ 2 mL)

3.1.3 การเบิก - จ่ายยา

กรณีผู้ป่วยนอก:

กรณียาฉีด

1. ห้องตรวจที่มีการสำรองยาเสพติด แบบฉีด ได้แก่ หน่วยตรวจฉุกเฉิน หน่วยตรวจฉุกเฉินและหน่วยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดสตูดิโอห้องตรวจพิเศษส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร หอผู้ป่วยสังเกตอาการ

1. แพทย์สั่งยาตามระเบียบในข้อ 3.1.2
2. เมื่อผู้ป่วยผ่านค่าใช้จ่ายค่ายาตามสิทธิแล้ว เกสซ์กรจะไม่จ่ายยาเสพติดให้แก่ผู้ป่วย และเก็บสติ๊กเกอร์ยาเสพติดไว้
3. เจ้าหน้าที่ห้องตรวจนำ ใบ ย.ส.5 และสมุดบันทึกการฉีดยาและชาก ampule ยาเดิม มาแลกยาที่ห้องจ่ายยาหมายเลข 30 ในเวลาราชการ
4. เกสซ์กรตรวจสอบความถูกต้องของใบ ย.ส.5 และวิธีสั่งใช้ยาในระบบ SMI ก่อนจ่ายยาให้แก่ห้องตรวจ
5. เกสซ์กรจ่ายยา และเก็บชาก ampule ยาเพื่อส่งทำลายตามแนวทางการทำลายชากยา

2. ห้องตรวจที่ไม่มีการสำรองยาเสพติด แบบฉีด

2.1 ฉีดยาที่ห้องฉีดยา

1. แพทย์สั่งยาตามระเบียบในข้อ 3.1.2
2. เมื่อผู้ป่วยผ่านค่าใช้จ่ายค่ายาตามสิทธิแล้ว ผู้ป่วยแสดง ใบ ย.ส.5 ที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก
3. เกสซ์กรตรวจสอบความถูกต้องของใบ ย.ส. 5 และวิธีการบริหารยาในฉลากยาพร้อมประทับตรา “ตรวจสอบใบ ย.ส.5 แล้ว โดยเกสซ์กร” ใน ใบ ย.ส.5 และส่งคืนแก่ผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยนำ ใบ ย.ส.5 พร้อมแฟ้มประวัติการรักษาไปให้พยาบาลที่ห้องฉีดยา
5. พยาบาลห้องฉีดยาตรวจสอบความถูกต้องคำสั่งการรักษา แล้วนำ ใบ ย.ส.5 แลกยาฉีดจากห้องฉุกเฉิน
6. ห้องฉุกเฉินนำ ใบ ย.ส.5 สมุดบันทึกการฉีดยา และชาก ampule ยามาแลกยาที่ห้องจ่ายยาหมายเลข 30

2.1 ฉีดยาที่ห้องตรวจ ได้แก่ ห้องตรวจรังสีรักษาใต้ดิน ห้องตรวจผู้ใหญ่นอกเวลาราชการ 110

หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 และ หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 2

1. แพทย์สั่งยาตามระเบียบในข้อ 3.1.2
2. เมื่อผู้ป่วยผ่านค่าใช้จ่ายค่ายาตามสิทธิแล้ว เจ้าหน้าที่ส่งมอบใบ ย.ส.5 ที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก
3. เกสซ์กรตรวจสอบความถูกต้องของใบ ย.ส. 5 และวิธีการบริหารยาในฉลากยาก่อนส่งมอบยาเสพติดให้แก่เจ้าหน้าที่ และลงข้อมูลค่างชาก ampule ยาเสพติดในสมุดบันทึกการค่างชาก

4. พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องคำสั่งการรักษา หลังฉีดยาแล้วนำซาก ampule ยาส่งคืนห้องยาภายในเวรนั้นๆ

กรณียารับประทานหรือแผ่นแปะ : เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของใบ ย.ส.5 และวิธีการบริหารยาในฉลากยา เก็บใบ ย.ส.5 แล้วจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย

ตัวอย่างตราประทับ

ตรวจสอบใบ ย.ส.5 แล้ว

โดย.....เภสัชกร

*หมายเหตุ กรณียาฉีดที่ไม่มีซาก ampule มาแลกเปลี่ยนจากยาดังกล่าวไม่มีสำรองในหน่วยตรวจ ,ห้องตรวจ หรือมีจำนวนการใช้มากกว่าที่สำรอง ให้เขียนบันทึกข้อความขอค้างซาก ampule ยาเสฟติดและเซ็นชื่อพยาบาลกำกับ หลังจากใช้ยาแล้วจึงนำซากยาส่งคืนห้องยาในภายหลัง

กรณีผู้ป่วยใน:

1. เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของยาเสฟติดที่แพทย์สั่งทางระบบ SMI หลังจากนั้นจะจัดเก็บยาที่จัดเสร็จแล้วไว้ในตู้เก็บยาเสฟติด เพื่อรอการติดต่อขอรับยาจากเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย และส่งใบ slip รายการยาให้แก่หอผู้ป่วย ซึ่งจะมีการประทับตรา ดังตัวอย่าง

ยาเสฟติด

นำ ย.ส.5, slip

รับภายใน

3 วัน

2. เมื่อเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนำใบ ย.ส.5 และใบ slip รายการยา และ ซาก ampule ยาเสฟติด (กรณียาฉีด)* มาติดต่อห้องยา ณ จุดจ่ายยาเสฟติด ผู้ช่วยเภสัชกรจะทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสาร จากนั้นนำไปให้เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของยาและเทียบกับคำสั่งใช้ยาในใบ ย.ส.5 หากไม่พบความผิดพลาด สามารถจ่ายยาได้โดยให้เซ็นชื่อทั้งผู้รับและผู้จ่าย ในสมุดรับยาเสฟติด (กรณีพบข้อสงสัยในการสั่งใช้ เภสัชกรจะต้องทำการประสานยังแพทย์ หรือพยาบาลที่เกี่ยวข้อง) และเก็บ ใบ ย.ส.5 ไว้ที่ห้องยา

*หมายเหตุ กรณียาฉีดที่ไม่มีซาก ampule ยาเสฟติดมาแลกเปลี่ยนจากยาดังกล่าวไม่มีสำรองในหอผู้ป่วยหรือมีจำนวนการใช้มากกว่าที่สำรอง ให้เขียนบันทึกข้อความขอค้างซาก ampule ยาเสฟติดและเซ็นชื่อพยาบาลกำกับ หลังจากใช้ยาแล้วจึงนำซาก ampule ยาเสฟติดส่งคืนห้องยาในภายหลัง

3.1.4 การจัดเก็บสำรองยาและการตรวจสอบ

- คลังและเวชภัณฑ์
 - ปฏิบัติตามมาตรฐานการจัดเก็บของคลังเวชภัณฑ์
- ห้องจ่ายยา
 1. เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในตู้নিরภัยเฉพาะที่ปิดล็อกด้วยระบบสแกนลายนิ้วมือ
 2. ตรวจสอบจำนวนและชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ทุกเวรเช้าและบ่าย จากนั้นบันทึกลงในแบบบันทึกและลงนามกำกับทุกครั้ง (ภาคผนวก 3)
- หอผู้ป่วย (สังเกตที่ฉลากยาจะมีสัญลักษณ์คำว่า –LOCKER–)
 1. ตรวจสอบความถูกต้องของยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ได้รับจากห้องยาเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล เลขที่โรงพยาบาล ของผู้ป่วย ชื่อยา จำนวนยา ขนาดยา วิธีทางและเวลาที่ให้ยา กับแบบบันทึกการให้ยา หรือ แผ่นคำสั่งการรักษา ก่อนจัดเก็บยาเข้าที่
 2. เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในตู้নিরภัย
 3. ปิดกุญแจทุกครั้งหลังเปิดใช้งานตู้নিরภัย หรือใช้รหัสปิดตู้নিরภัย โดยมีการเปลี่ยนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
 4. กำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รับผิดชอบในการถือกุญแจตู้নিরภัย
 5. กำหนดให้พยาบาลตรวจสอบจำนวนและชนิดของยาทุกเวร ในแบบบันทึกการให้ยาเสพติด และลงนามกำกับทุกครั้ง (ภาคผนวก 4)

3.1.5 การบริหารยาเสพติดและการทำลายยา ให้ปฏิบัติตามดังนี้

3.1.5.1 การบริหารยาเสพติด

การรับคำสั่งรักษายากลุ่มความเสี่ยงสูง : รับคำสั่งการรักษาแบบบันทึกการให้ยากลุ่มความเสี่ยงสูงตามแนวทางการรับคำสั่งรักษา ระบุการเฝ้าระวังตามข้อกำหนดของยากลุ่มความเสี่ยงสูงแต่ละชนิด และมีการตรวจสอบซ้ำการรับคำสั่งโดยเป็นไปตาม “แนวทางการปฏิบัติเรื่องการบริหารยากลุ่มความเสี่ยงสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2564” (ภาคผนวก 6)

การบริหารยา :

- 1) ตรวจสอบชื่อ-สกุล เลขที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา วิธีทางให้ยา ให้ถูกต้องตรงกันกับแบบบันทึกการให้ยา และบนขวดยาหรือหลอดยาก่อนเตรียมยา
- 2) ยาที่ต้องการแบ่ง หรือคำนวณขนาดยา ให้มีการตรวจสอบซ้ำ
- 3) การให้ยา ให้ระบุตัวผู้ป่วยโดยถามชื่อ - สกุล และเลขที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย พร้อมกับดูป้ายชื่อมือให้ตรงกันกับสติ๊กเกอร์ยา และแบบบันทึกการให้ยากลุ่มความเสี่ยงสูง
- 4) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยในการให้ยาครั้งแรก
- 5) มีการตรวจสอบความถูกต้องซ้ำ ในยากลุ่มความเสี่ยงสูงที่บริหารยาทาง syringe pump / infusion pump และติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย (monitoring) หลังได้รับยากลุ่มความเสี่ยงสูง ภายใน 10 นาที และตามแนวปฏิบัติของยากลุ่มความเสี่ยงสูงแต่ละชนิด

6) ให้ข้อมูลและแนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะและหลังให้ยา

7) บันทึกการให้ยา ได้แก่ ชนิดของยา ขนาดยา วันและเวลาที่ให้ ชื่อพยาบาลผู้ให้ยา รวมถึงผลการเฝ้าระวังการได้รับยา กลุ่มความเสี่ยงสูงลงในแบบบันทึกการให้ยา กลุ่มความเสี่ยงสูง และบันทึกชื่อ – สกุลผู้ป่วย ชนิดของยา ขนาดที่ให้ ลงในแบบบันทึกการให้ยา เสพติด เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินการ เบิก – จ่ายยา ปฏิบัติตามขั้นตอนการเบิกจ่ายยา เสพติดของโรงพยาบาล

8) ยา กลุ่มความเสี่ยงสูงที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้หยุดใช้ยา ให้ส่งคืนห้องยาทันที
หมายเหตุ: การตรวจสอบซ้ำ โดยเป็นไปตาม “แนวทางการปฏิบัติเรื่องการบริหารยา กลุ่มความเสี่ยงสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2564” (ภาคผนวก 6)

9) กรณีที่ยา 1 ampule จะต้องมีการแบ่งใช้หลายครั้ง เช่น Morphine Inj. ให้ผสมใน sterile bottle 10 mL (ภาคผนวก 7) ซึ่งเป็นขวดสีขาว บริเวณข้างขวดยาต้องมีฉลากที่ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น วัน-เวลาที่ผสม อายุยาหลังผสมจะใช้ได้ภายใน 24 ชั่วโมง เก็บยาหลังผสมไว้ในตู้ฉนวนสำหรับเก็บยา เสพติด

3.1.5.2 การทำลายยา

● หอผู้ป่วย : ยาที่จะถูกทำลาย คือ ยาที่เหลือจากการบริหารยาและไม่สามารถคืนค่าใช้จ่ายได้ ได้แก่

- ยาฉีดที่แพทย์สั่งใช้น้อยกว่า 1 ampule และใช้ครั้งเดียว
- ยาฉีดที่เหลือใน sterile bottle ที่แพทย์สั่งหยุดใช้แล้ว หรือมีอายุเกิน 24 ชั่วโมง
- ยาน้ำชนิดรับประทานที่เปิดใช้แล้ว และ แพทย์ไม่ได้สั่งให้ใช้อีก

วิธีการทำลายยา : เทตัวยาทิ้งในอ่างล้างมือแล้วเปิดน้ำล้างภาชนะบรรจุยาจนแน่ใจว่าไม่เหลือยาตกค้าง และเก็บซาก ampule ยา เสพติดไว้สำหรับบรอส่งแลกกับห้องยา ส่วน sterile bottle ที่ผสมยาให้ทิ้งในถังขยะสารเคมี และบันทึกการทำลายยา เสพติดที่เหลือ โดยมีพยาบาลเซ็นชื่อร่วมกัน 2 คน ในแบบบันทึกการใช้ยา เสพติด โดยระบุปริมาณยา (มิลลิกรัม) ที่ถูกทำลายด้วย

● ห้องจ่ายยา : การทำลายยา เสพติดให้ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย และทำลายซาก ampule ยา เสพติดทุกวัน โดยหุบ ampule ยา ให้แตก และเซ็นชื่อในสมุดจ่ายยา เสพติดในส่วนของรายการค้างซาก โดยซาก ampule ประจำวันจะถูกส่งทำลายในถังขยะสารเคมี

● ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับยา Morphine inj ผ่านอุปกรณ์ให้ยาได้ผิวหนังให้ญาตินำอุปกรณ์มาคืนตามขั้นตอน (ภาคผนวก 11)

3.2 วัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2

3.2.1 การจัดซื้อและการทำรายงาน ให้ปฏิบัติตามระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่าง

เคร่งครัด โดย

1. จัดทำบัญชีรับ - จ่ายแจ้งรายละเอียดผู้ป่วยตาม (แบบ บ.จ.8) บัญชีรับ - จ่ายรายเดือน (แบบ บ.จ.9) และบัญชีรับ - จ่ายรายปี (แบบ บ.จ.10) ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 15 สำหรับยาทุกตัวที่ซื้อจากกองควบคุมวัตถุเสพติด
2. จัดทำบัญชีรับ - จ่ายรายเดือน (แบบ บ.จ.9) ส่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทุกเดือนภายใน 30 วัน หลังวันสิ้นเดือน และสำเนาไว้ที่สถานพยาบาล 1 ชุด (สำหรับยาทุกตัวที่ซื้อจากกองควบคุมวัตถุเสพติด)
3. จัดทำบัญชีรับ - จ่ายประจำปี (แบบบ.จ.10) ส่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทุกปี
4. จัดทำบัญชีรับ - จ่ายแจ้งรายละเอียดผู้ป่วย (แบบบ.จ.8) เก็บไว้ที่สถานพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่ไปตรวจสอบ บัญชีต่างๆเก็บไว้อย่างน้อย 2 ปี นับแต่ลงรายการครั้งสุดท้ายของบัญชี (มาตรา 87)
5. กรอกรายละเอียดให้ถูกต้องครบถ้วนทุกช่อง ระบุรหัสสถานที่ และรหัสผู้ถือใบอนุญาตทุกครั้ง
6. การลงชื่อยา ต้องลงทั้งชื่อสามัญ และ ชื่อการค้า ของยา
7. การลงปริมาณการใช้ไม่ต้องคำนวณเป็นกรัม ให้ลงเป็น มิลลิลิตร (mL) เม็ด ขวด หลอด ก็ได้ และ ยอดรับ - จ่าย ยอดคงเหลือ ต้องถูกต้องตามจริง
8. ต้องมีลายเซ็นผู้รับใบอนุญาตกำกับในการทำรายงานทุกครั้ง
9. ส่งรายงานทางไปรษณีย์ให้เจ้าหน้าที่ของผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติดโดยตรงเพื่อมิให้เกิดความล่าช้า
10. ในกรณีเปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาล งานบริหารโรงพยาบาล จะดำเนินการแจ้งสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเปลี่ยนชื่อผู้ดำเนินกิจการ

3.2.2 การสั่งยา

1. แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาใน OPD card หรือ Doctor order sheet และสั่งยาในระบบ SMI
2. ยาบางตัวจะมีการจำกัดให้แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นเป็นผู้สั่งได้ แพทย์ทั่วไปจะต้องทำการติดต่อไปยังแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาการสั่งแทน

รายการยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเภท 2 ที่จำกัดให้แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นเป็นผู้สั่งได้

รายการวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2	กำหนดแพทย์ผู้สั่ง
Ketamine Inj (50 mg/mL) 10 mL	Doctor - Chest, Doctor - Anesthetist, Doctor - Fellow Ped Cardio, Doctor - Cardio Ped
Methylphenidate HCl Tab10 mg	Doctor - Psychiatry, Doctor - Psychiatry & CigarMed, Doctor - Neurologist, Doctor - Rehab, Doctor - Fellow Neuro
Concerta Tab 18 mg	Doctor - Neurologist, Doctor - Psychiatry, Doctor - Psychiatry & CigarMed, Doctor - Fellow Neuro)

รายการวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2	กำหนดแพทย์ผู้สั่ง
Concerta Tab 36 mg	Doctor - Neurologist, Doctor - Psychiatry, Doctor - Psychiatry & CigarMed, Doctor - Fellow Neuro

รายการยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเภท 2 ที่มีข้อกำหนดการสั่งใช้

รายการยา	กำหนดปริมาณการสั่ง		
	OPD	IPD	
		(Admit)	(Discharge)
Phentermine	ไม่เกิน 30 เม็ด	One day	ไม่เกิน 30 เม็ด
Ketamine Inj.	ห้ามจ่ายออกนอก รพ.	One day	ห้ามจ่ายออกนอก รพ.
Ephedrine Inj.	ห้ามจ่ายออกนอก รพ.	One day	ห้ามจ่ายออกนอก รพ.
Zolpidem	ไม่เกิน 60 เม็ด	-	-

3.2.3 การเบิก - จ่ายยา

ปฏิบัติตามแนวทางเบิก - จ่ายยาปกติ และ ดิตสติทเกอร์ที่ระบุว่า “วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” บนฉลากยาในกลุ่มยาฉีด ทุกครั้ง

3.2.4 การจัดเก็บสำรองยาและการตรวจสอบ

- คลังและเวชภัณฑ์ : การจัดเก็บเป็นไปตามมาตรฐานที่คลังเวชภัณฑ์ กำหนด
 - ห้องจ่ายยา : เก็บยาไว้ในตู้ฉนวนเฉพาะที่ปิดล็อกด้วยระบบสแกนลายนิ้วมือ และลง stock card (ภาคผนวก 5) ทุกครั้ง เมื่อมีการเบิก-จ่าย และรับคืน
 - หอผู้ป่วย (สังเกตที่ฉลากยาจะมีสัญลักษณ์คำว่า --LOCKER--)
1. กรณีที่เป็นรายการสำรองประจำหอผู้ป่วย (Midazolam Inj., Ketamine Inj.)
Midazolam Inj.: Sub Icu Neuro, ICU Neuro, P-CICU, PCCU, PICU, NICU1, NICU2, Ped 1, Ped 2, Ped 3, Ped 4, Ped 5, NS1, NS2, RR, พิเศษ 5, ER, Stroke, Cath lab,

CCU1, ICU med, Sub ICU med 2, ศัลยกรรมหญิง 3, Sub ICU CVT, ICU CVT, Sub ICU S1, ICU ศัลยกรรมทั่วไป, CCU2

Ketamine Inj.: Cath lab, ER, Ped 5, พิเศษ 5

Ephedrine inj.: RR, RR-OB

เก็บยาไว้ในตู้นักรักยเฉพาะที่ปิดล็อกด้วยระบบสแกนลายนิ้วมือ มีการบันทึกการใช้ยาใน stock card ทุกครั้ง หรืออาจใช้แบบบันทึกการใช้ยาเสพติด (ภาคผนวก 4) แทน stock card และมีการติดตามการเบิกทดแทน

2. กรณีที่เป็นยาของผู้ป่วยเฉพาะรายกำหนดให้เก็บไว้ที่เดียวกับยาสำรอง ในตู้นักรักยเฉพาะที่ปิดล็อกด้วยระบบสแกนลายนิ้วมือ

4.กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

5.ผู้รับผิดชอบ

- 5.1 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
- 5.2 หัวหน้าภาควิชาทางคลินิกทุกภาควิชา
- 5.3 ฝ่ายเภสัชกรรม
- 5.4 ฝ่ายการพยาบาล

6.ตัวชี้วัดโดยภาพรวม

- 6.1 อัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่นโยบายเชิงสหสาขาวิชาชีพ เรื่อง “การบริหารจัดการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2” กำหนดไว้ โดยให้เป็นไปตามนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาระบบยา
- 6.2 อัตราความคลาดเคลื่อนทางยากุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 (ระดับ A ถึง I)

7. การประเมินผล

- 7.1 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานเชิงนโยบายสหสาขาวิชาชีพเรื่อง การบริหารจัดการยากุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 1 ครั้ง / ปี โดยคณะทำงานพัฒนาระบบยาและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาล
- 7.2 รายงานผลลัพธ์ความคลาดเคลื่อนทางยากุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 ทุกระดับ (ระดับ A ถึง I) ทุก 3 เดือน
 - 7.1.1 การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง (Prescribing error)
 - 7.1.2 การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา (Preparing & dispensing error)
 - 7.1.3 การบริหารและติดตามยา (Administration error & monitoring)

8. ภาคผนวก

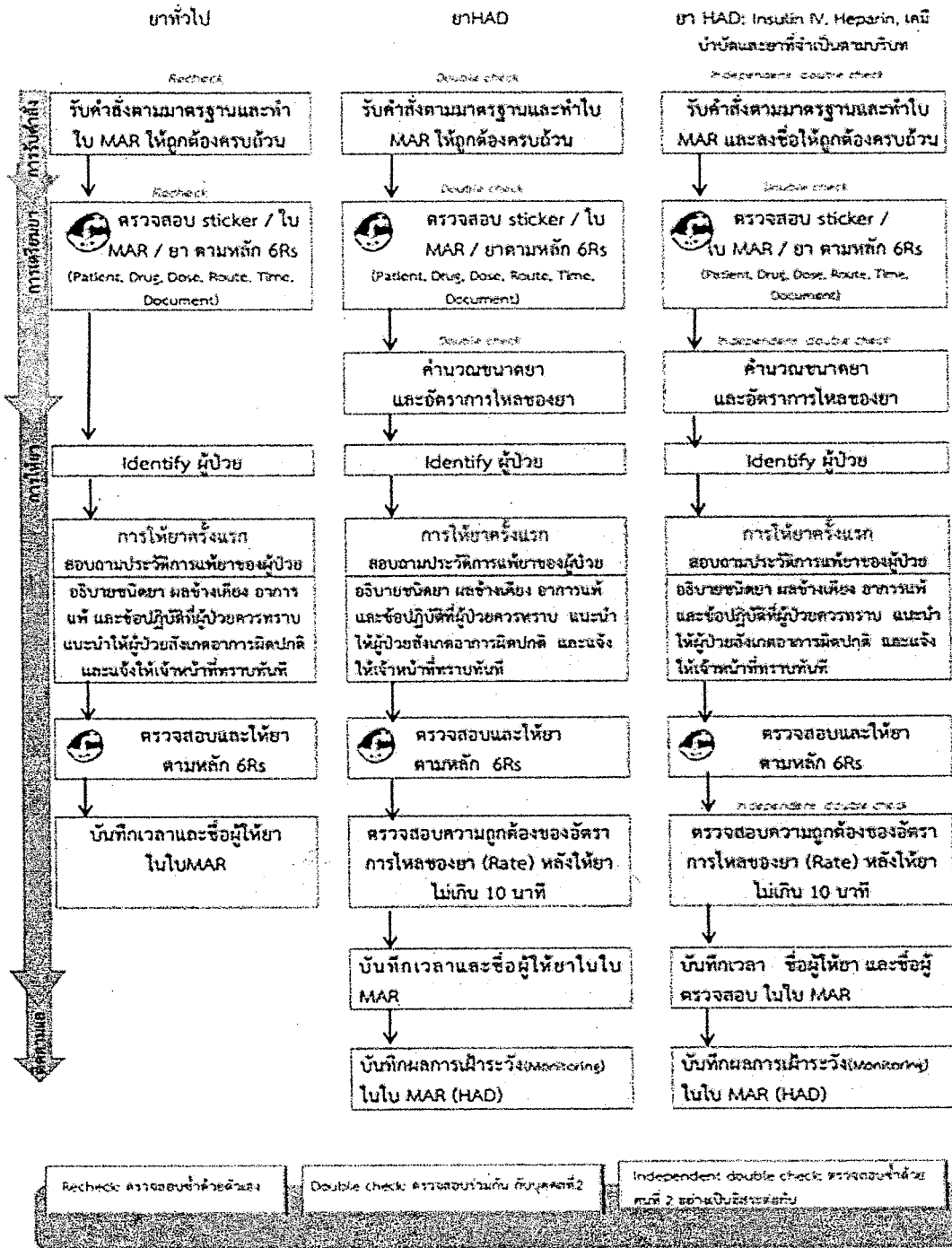
- ภาคผนวก 1 ยากลุ่มความเสี่ยงสูงประเภทยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต้อจิตและประสาทในประเภท 2
- ภาคผนวก 2 แบบบันทึก ย.ส.5
- ภาคผนวก 3 แบบบันทึกปริมาณยาสำรองยาเสพติดของหน่วยจ่ายยา
- ภาคผนวก 4 แบบบันทึกการให้ยาเสพติด
- ภาคผนวก 5 stock card
- ภาคผนวก 6 แนวทางการปฏิบัติเรื่องการบริหารยากลุ่มความเสี่ยงสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2564
- ภาคผนวก 7 การเก็บ Morphine sulfate injection แบบ multiple dose
- ภาคผนวก 8 แนวทางการจ่ายยาเสพติดผู้ป่วยนอก
- ภาคผนวก 9 แนวทางการจ่ายยาเสพติดผู้ป่วยใน
- ภาคผนวก 10 แนวทางการใช้อุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนังแก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการรักษาที่บ้านภายในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่แก่บุคลากรทางการแพทย์ เท่านั้น
- ภาคผนวก 11 แนวทางการรับอุปกรณ์การให้ยาใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้ายคืนจากญาติผู้ป่วย
- ภาคผนวก 12 แบบประเมินอัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่นโยบายเชิงสหสาขาวิชาชีพ เรื่อง “การบริหารจัดการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต้อจิตและประสาทในประเภท 2

ภาคผนวก 1

ยากลุ่มความเสี่ยงสูงประเภทยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต้อจิตและประสาทในประเภท 2

ลำดับ	ชื่อทางการค้า	ชื่อยาสามัญ
ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2		
1	Fentanyl Inj 10 mL (50 mcg/mL) *HAD*	Fentanyl Citrate
2	Fentanyl Inj 2 mL (50 mcg/mL) *HAD*	Fentanyl Citrate
3	Fentanyl (แผ่นแปะ) 12 mcg/hr *HAD*	Fentanyl Citrate(Durogesic,Fentadur)
4	Fentanyl (แผ่นแปะ) 25 mcg/hr *HAD*	Fentanyl Citrate(Durogesic,Fentadur)
5	Fentanyl (แผ่นแปะ) 50 mcg/hr *HAD*	Fentanyl Citrate(Durogesic,Fentadur)
6	Methadone HCl oral conc.solution 10 mL (1mg/mL) มีขนาด 20,30,60 mL	Methadone
7	Methadone Tab 5 mg *HAD*	Methadone
8	Morphine Sulfate Inj 10 mg *HAD*	Morphine Sulfate
9	Morphine Sol.(10mg/5mL) 60mL *HAD*	Morphine sulfate
10	Kapanol Cap 50 mg *HAD*	Morphine Sulfate
11	Kapanol Cap 20 mg *HAD*	Morphine Sulfate

ภาคผนวก 6 แนวทางการปฏิบัติเรื่องการบริหารยากลุ่มความเสี่ยงสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2564



ภาคผนวก 7 การเก็บ Morphine sulfate inj. (แบบ multiple dose)

1. เบิก sterile bottle 10 mL (ขวดสีชา) ที่ใช้สำหรับการเก็บยาที่เตรียมแล้วโดยผ่านระบบ SMI ในชื่อของผู้ป่วยจากห้องน้ำเกลือในเวรตึกของทุกวัน แล้วไปรับ sterile bottle ในตอนเช้าที่ห้องน้ำเกลือ
2. ถั่ว sterile bottle ด้วยสารน้ำที่จะนำมาเจือจาง Morphine sulfate หากใน sterile bottle มีน้ำบรรจุอยู่ จะต้องดูน้ำในขวดออกให้หมดก่อน
3. เจือจาง Morphine sulfate inj. 10 mg/mL ทั้ง ampoule ด้วย NSS หรือ D5W ใช้วิธีการ aseptic technique ให้ได้ความเข้มข้นสุดท้าย 1 mg/mL (ใช้ Morphine sulphate inj. 1 amp (1 mL) + สารน้ำ 9 mL) และเก็บไว้ในขวดแก้วที่เตรียมไว้
4. ที่ sterile bottle ต้องมีฉลากที่ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น วันและเวลาที่ทำการเจือจาง ระบุสารน้ำที่ใช้เจือจางและสติ๊กเกอร์ยา High Alert Drug
5. หลังผสมเก็บในตู้ฉนวนสำหรับเก็บยาเสพติด โดยกำหนดอายุ 24 ชั่วโมง
6. หากหมดอายุแล้วทำตามขั้นตอนการทำลายยาเสพติด 3.1.5.2 และทิ้ง sterile bottle ที่ใช้แล้วลงในถังขยะสารเคมี

**หากจะให้ยาแบบ IV infusion สารน้ำที่ใช้เจือจางต้องเป็นสารน้ำเดียวกับที่แพทย์กำหนด

การใช้ยาจากขวดที่เจือจางแล้ว

ขนาดยาที่ใช้	ปริมาตรยาที่ต้อง draw มาเพื่อฉีด
0.5 mg	0.5 mL
1 mg	1 mL
2 mg	2 mL
3 mg	3 mL
4 mg	4 mL
5 mg	5 mL

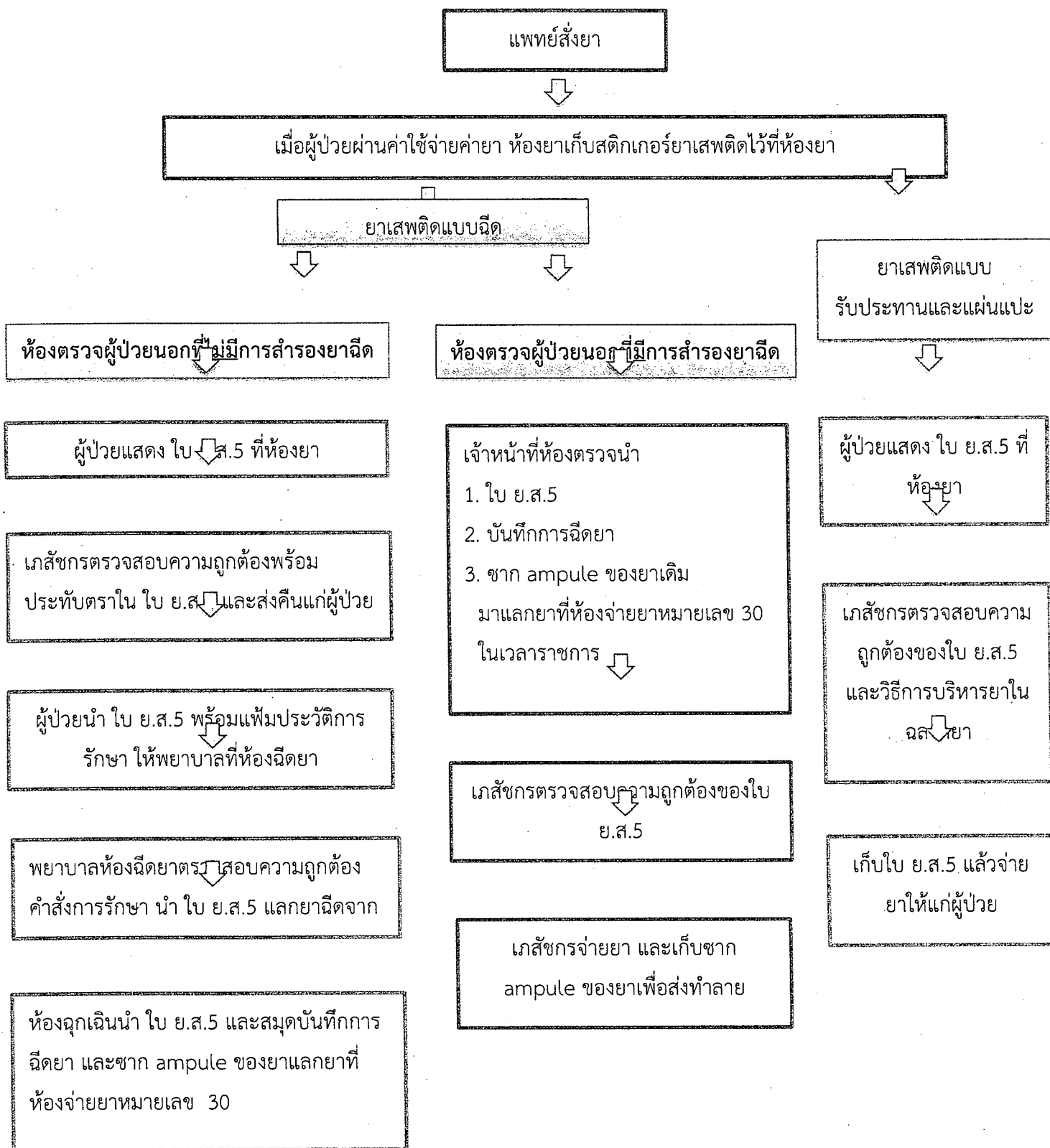


sterile bottle 10 mL (ขวดสีชา)

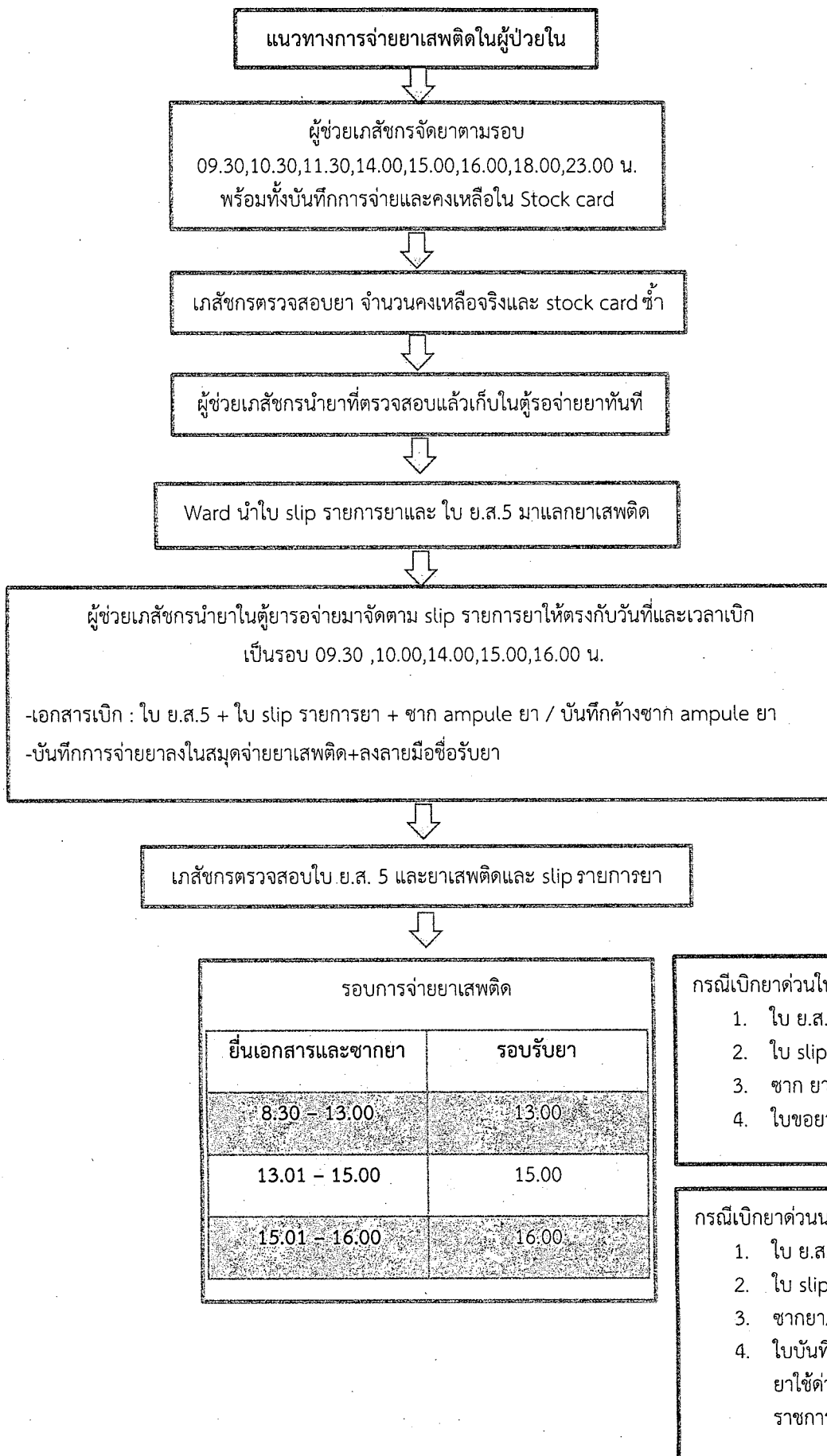


ตู้ฉนวนสำหรับเก็บยาเสพติด

ภาคผนวก 8 แนวทางการจ่ายยาเสพติดผู้ป่วยนอก



ภาคผนวก 9 แนวทางการจ่ายยาเสพติดผู้ป่วยใน



ภาคผนวก 10 แนวทางการใช้อุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนังแก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการรักษาต่อที่บ้านภายในเขต
อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่แก่บุคลากรทางการแพทย์ เท่านั้น

เกณฑ์พิจารณาการใช้

1. ผู้ป่วยระยะท้ายต้องได้รับการส่งปรึกษาผ่านระบบ e-consult palliative มายังทีม CPCC เท่านั้น
2. เกณฑ์การพิจารณาการใช้อุปกรณ์
 - a. ผู้ป่วยมีบ้านอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่
 - b. ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายใกล้เสียชีวิต คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 3-5 วัน และไม่สามารถ
รับประทานยาทางปากได้
 - c. ญาติยินดีให้เยี่ยมบ้าน
 - d. ญาติยินดียุติปฏิบัติตามข้อตกลงในการใช้อุปกรณ์การให้ยาใต้ผิวหนัง

การเบิกจ่ายยา

1. แพทย์คำนวณปริมาณยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยรายนั้นๆ โดยอัตราการใช้ยาใต้ผิวหนังคงที่ คือ 2mL / hr
2. ทำการเบิกยาจากเภสัชกร โดยเบิกเป็น IPD case หากใช้ปริมาณมาก เขียนใบบันทึกข้อความแจ้งว่า
ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ทางเภสัชกรจะทราบเหตุผลของการเบิกดังกล่าว
3. ทีมแพทย์และพยาบาล CPCC ร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมการผสมยาที่หอผู้ป่วยเองทุกครั้ง
4. ติดสติ๊กเกอร์ “ห้ามทิ้งเด็ดขาด” ,ชื่อและ HN ผู้ป่วยบน bulb ทุกครั้ง
5. ผสมยาร่วมกับ NSS และฉีดลงไปในอุปกรณ์ดังกล่าวผ่าน syringe จากนั้นต่อสายเข้ากับเข็ม Butterfly
และแทงเข้าใต้ผิวหนังชั้น subcutaneous ตัว bulb สามารถวางไว้ตำแหน่งใดก็ได้ตามสะดวก ไม่มีผล
ต่อการไหลของยาเข้าสู่ตัวผู้ป่วย
6. เตรียมถุงใสปิดผนึก ติดสติ๊กเกอร์ชื่อและ HN ผู้ป่วย เพื่อให้ญาติบรรจุ bulb เมื่อนำกลับมาส่งคืนที่
ภาควิชาฯ
7. นำเอกสารดังต่อไปนี้ให้ญาติผู้ป่วยเก็บไว้
 - a. บัตรประจำตัวผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนัง
 - b. สิ่งควรทราบและข้อปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนังของทีม CPCC ที่ลงชื่อญาติ พร้อม
กับผู้ให้คำแนะนำเรียบร้อยแล้ว
 - c. ถุงพลาสติกใสปิดผนึกที่มีสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยติดไว้เรียบร้อยแล้ว

วิธีการใช้อุปกรณ์

1. เบิกชุด bulb จากทางภาควิชา ติดต่ออาจารย์ทีม CPCC เท่านั้น และปัจจุบัน bulb ยังไม่มีค่าใช้จ่าย
ส่วนเข็ม butterfly ให้พยาบาลเป็นผู้ติดต่อเบิกจากทางแผนกกุมารฯ เท่านั้น
2. เมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การใช้อุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนังดังกล่าวแล้ว ให้แนะนำอุปกรณ์ดังกล่าว
แก่ญาติผู้ดูแลหลัก

3. ชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการปฏิบัติตนของญาติ ในเอกสาร “คำแนะนำและข้อปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ให้ยาได้ผิวหนังของทีม CPCC” ก่อนทุกครั้งที่จะให้ยา หากญาติยินยอมให้ลงลายมือชื่อในเอกสารดังกล่าว พร้อมกับพยานฝ่ายผู้ป่วยอีก 1 ท่าน และผู้ให้คำแนะนำลงลายมือชื่อตนเองลงในเอกสาร พร้อมพยานฝ่ายผู้รักษาอีก 1 ท่าน ลงลายมือชื่อทั้งหมด 2 ใบ เหมือนกัน โดย 1 แผ่นให้ญาติเก็บไว้ อีก 1 แผ่นเก็บไว้ที่ภาควิชา ฯ
4. ออกบัตรประจำตัวผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ให้ยาได้ผิวหนัง ระบุรายละเอียดให้ชัดเจนและครบถ้วน

บัตรประจำตัวให้ยาได้ผิวหนังที่บ้าน			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่			
ชื่อ-สกุล			
diagnosis		HN	
แพทย์เจ้าของไข้			
พยาบาลเจ้าของไข้			
ผู้ดูแลหลัก			
เบอร์โทรติดต่อ ศูนย์ดูแลระดับประคอง 063-127-8990 Line ID : @djf8681u			
เบอร์โทรติดต่อภาควิชา 053-935462 (ในเวลาราชการ)			
วันที่ผสมยา.....			
ขนาด BULBที่ใช้.....			
คาดว่าจะหมดในวันที่.....เวลา.....			
ยาที่ผสม	ขนาด/rate	ลายเซ็นผู้ตรวจยา	ลายเซ็นผู้ผสมยา
		(.....)	(.....)
		โทร.....	โทร.....

ภาคผนวก 11 แนวทางการรับอุปกรณ์การให้ยาใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้ายคืนจากญาติผู้ป่วย

1. ญาตินำอุปกรณ์มาคืนที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในวันและเวลาราชการ
2. ผู้รับคืน คือ หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและพยาบาลภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวท่านใดก็ได้ หากหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านไม่อยู่ให้รองหัวหน้าทำหน้าที่แทน ต้องมีผู้ตรวจอย่างน้อย 2 ที่
3. ทำการตรวจสอบ ตัว bulb ไม่ได้มีความชำรุดเสียหาย ไม่มีรอยฉีกขาดหรือ รอยแกะทำลาย
4. ตรวจสอบปริมาณยาที่คงเหลือ ตั้งแต่เริ่มใช้ bulb จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กันหรือไม่
5. หากไม่มีความผิดปกติ ให้บันทึกลงในแบบฟอร์มการรับอุปกรณ์คืน พร้อมลงลายมือชื่อผู้ตรวจ 2 คน
6. หากตรวจพบความผิดปกติของ bulb หรือ ปริมาณยาให้แจ้งแก่ อาจารย์แพทย์ทีม CPCC
7. ถ่ายภาพ bulb ที่ได้นำมาคืนคู่กับแบบฟอร์มการรับอุปกรณ์คืน เพื่อเป็นหลักฐานทุกครั้ง โดยถ่ายให้เห็นสติ๊กเกอร์ชื่อและHN ผู้ป่วยที่อยู่บน bulb
8. ส่งเอกสารการรับคืนอุปกรณ์และรูปภาพดังกล่าวให้ทีม CPCC เก็บไว้เป็นหลักฐาน
9. เสริมสิ้นขั้นตอนนำ bulb ทิ้งในถังขยะอันตรายสีแดง

แบบฟอร์มการรับอุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนังคืนจากญาติผู้ป่วย

10. ชื่อผู้ป่วย..... HN.....
11. ได้นำอุปกรณ์การให้ยาใต้ผิวหนังที่ได้รับจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มาคืนแก่ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
12. โดยมีชื่อ-สกุล.....เป็นผู้ตรวจชากยาและ
13. ชื่อ-สกุล.....เป็นผู้ทำลายยา
14. วันที่รับชากยา.....

ตรวจสอบชากยา (ต้องมีครบทุกข้อ)	ลายเซ็น ผู้ตรวจชากยา	ลายเซ็น ผู้ทำลายยา
<input type="checkbox"/> ไม่มีรูรั่วบริเวณที่บรรจุยา		
<input type="checkbox"/> ไม่มีรูรั่วที่สาย		
<input type="checkbox"/> ปริมาณยาที่เหลือเหมาะสม		

ใบบินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำและข้อปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนังของทีม CPCC (ศูนย์ดูแลผู้ป่วย
ระดับประคองระยะท้าย รพ.มหาสารนครเชียงใหม่)

ฉบับเก็บไว้กับญาติผู้ป่วย

ข้าพเจ้า.....ญาติผู้ป่วย.....HN..... มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
เป็น..... ได้รับทราบวัตถุประสงค์และข้อมูลการใช้อุปกรณ์การให้ยาใต้ผิวหนังจากทางทีม
ระดับประคองเรียบร้อยแล้ว และมีความยินดีที่จะปฏิบัติตามข้อปฏิบัติที่ได้รับยาใต้ผิวหนัง ดังต่อไปนี้

1. ยาที่ได้รับเป็นยาที่จ่ายจากโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ให้แก่ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายตามชื่อในเอกสาร
ที่มีความต้องการที่จะดูแลอยู่ที่บ้าน ยาที่ได้รับมุ่งเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและอาการรบกวนต่าง ๆ ปริมาณที่
เหมาะสมเท่านั้น ห้าม นำยาไปใช้กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยรายนี้
2. ทางผู้ป่วยและครอบครัว ต้องอนุญาตให้ทางทีมเยี่ยมบ้านของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ไปติดตามดูแลผู้ป่วยต่อที่
บ้าน
3. ห้าม บีบ เจาะ พยายามดูยาออกจากกระบอกยา ทำลาย หรือนำอุปกรณ์ไปทิ้ง
4. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้ญาติแจ้งกลับแก่ทีมดูแลระดับประคองตามเบอร์โทรติดต่อโดยเร็ว และ ล็อกปุ้มให้ยา นำ
อุปกรณ์ใส่ในถุงพลาสติกใสปิดผนึกของทางทีม หลังจากนั้นนำ อุปกรณ์เครื่องให้ยาใต้ผิวหนังส่งคืนโดยเร็วที่สุดที่
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายในวันและเวลาราชการ เวลา 8.30-16.00 น.
5. หากอุปกรณ์เครื่องให้ยาชำรุดเสียหาย ถูกทำลาย นำไปทิ้ง หรือไม่นำมาคืน ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย ทางภาควิชา
ฯ มีความจำเป็นที่จะต้องแจ้งความแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ

หมายเหตุ เบอร์โทรติดต่อ ศูนย์ดูแลระดับประคอง 063-127-8990 Line ID : @djf8681u เบอร์โทรติดต่อภาควิชา 053-
935462 (ในเวลาราชการ)

ลายมือชื่อ.....ญาติผู้ป่วย

ลายมือชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....)

(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้ให้คำแนะนำ ลายมือชื่อ.....พยานฝ่ายผู้รักษา

(.....)

(.....)

ภาคผนวก 12 แบบประเมินอัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่นโยบายเชิงสหสาขาวิชาชีพ เรื่อง “การบริหารจัดการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2”

ลำดับ	การประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2				
1	การสั่งยา			
1.1	แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาใน OPD card หรือ Doctor order sheet และใบ ย.ส.5 ได้ครบถ้วน			
1.2	ปริมาณการสั่งใช้ยาแต่ละครั้งเป็นไปตามข้อกำหนด			
2	การเบิก-จ่ายยา			
2.1	กรณียาฉีดผู้ป่วยนอก : เกสซ์กรตรวจสอบความถูกต้องของใบ ย.ส. 5 และวิธีใช้ยาพร้อมประทับตรา ก่อนส่งคืนแก่ผู้ป่วย			
2.2	กรณีผู้ป่วยใน : เกสซ์กรตรวจสอบความถูกต้องของยาและจัดเก็บยาไว้ในตู้เก็บรอจ่าย			
2.3	เจ้าหน้าที่นำเอกสารมาแลดยาเสพติดได้ถูกต้องครบถ้วนตามที่กำหนด			
2.4	เกสซ์กรตรวจสอบความถูกต้องของยา ใบ ย.ส.5 และวิธีใช้ก่อนจ่ายยา			
3	การจัดเก็บสำรองยาและการตรวจสอบ			
3.1	ห้องยามีการแยกเก็บยาไว้ในตู้เฉพาะที่มีระบบปิดล็อก			
3.2	ห้องยามีการตรวจสอบพร้อมบันทึกจำนวนและชนิดของยาทุกเวรเช้า-บ่าย			
3.3	หอผู้ป่วยมีการแยกเก็บยาไว้ในตู้ในรั้ว และปิดกุญแจทุกครั้งหลังเปิดใช้			
3.4	หอผู้ป่วยตรวจสอบจำนวนและชนิดของยาทุกเวรในแบบบันทึกการให้ยาเสพติด			
4	การบริหารยาและการทำลายยา			
4.1	ตรวจสอบความถูกต้องของยาในใบ order กับการสั่งยาของแพทย์ในระบบ SMI ตามหลัก 5Rs (Patient, Drug, Dose, Route, Time) และมีการตรวจสอบซ้ำ			
4.2	ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อยาและขนาดของยาในแบบบันทึกการให้ยา และบนซองยา ขวดยา หรือหลอดยาให้ตรงกัน			
4.3	Identify ผู้ป่วยด้วยการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้			
4.4	กรณีผู้ป่วยนอก : พยาบาลห้องฉีดยาตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งการรักษา ก่อนนำ ใบ ย.ส.5 แลกยาฉีดจากห้องฉีดยา			
4.5	หอผู้ป่วยมีวิธีการทำลายยาถูกต้องตามแนวทาง มีพยานรับรู้ร่วมกัน 2 คน และเซ็นชื่อในแบบบันทึกการให้ยาเสพติด			
4.6	ห้องยาทำลายซากยาเสพติดทุกวัน และเซ็นชื่อในสมุดจ่ายยาเสพติดในส่วนของรายการค้างซาก			
วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2				
1	แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาใน OPD card หรือ Doctor order sheet			
2	ติดสติ๊กเกอร์ที่ระบุว่า “วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” บนฉลากยาในกลุ่มยาฉีดทุกครั้ง			
3	ห้องจ่ายยา มีการแยกเก็บยาไว้ในตู้เก็บยาเฉพาะ และลง stock card ทุกครั้ง เมื่อมีการเบิก-จ่าย และรับคืน			
4	หอผู้ป่วยมีการแยกเก็บยาไว้ที่เดียวกับตู้เก็บยาเสพติด			
5	กรณีเป็นยาสำรองประจำหอผู้ป่วยมีการบันทึกการให้ยา ทุกครั้ง และมีการติดตามการเบิกทดแทน			