

มาตรฐานเชิงนโยบายสหสาขาวิชาชีพ  
เรื่อง “ Medication Reconciliation ”

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างอิง: II-6 ระบบการจัดการด้านยา	รหัสเอกสาร: <b>ขย.002</b> หน้า.....
ผู้เขียน / เรียบเรียง (ต้นฉบับ) คณะกรรมการพัฒนาระบบยา รพ. ธันวาคม 2557	ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1/2565 ผู้เขียน/ผู้เรียบเรียง คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยา
ผู้เสนอ: อ.นพ. ประสิทธิ์ วงศ์ศิริรัตน์ชัย 15 ธันวาคม 2557 QMR	ผู้เสนอ: <b>ประสิทธิ์ วงศ์ศิริรัตน์ชัย</b> วันที่ <b>๑๒/๑๒.๐</b> /2565 (รศ.นพ.ขจรศักดิ์ นพคุณ: ประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยา)
ผู้รับรอง: รศ.นพ.สมศักดิ์ เขาววิศิษฐ์เสรี 20 กรกฎาคม 2558 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ผู้รับรอง: <b>สมศักดิ์ เขาววิศิษฐ์เสรี</b> วันที่ <b>๑๘/๗.๑</b> /2565 (ผศ.นพ.เศรษฐพงศ์ บุญศรี: QMR)
ผู้อนุมัติ: รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ 22 กรกฎาคม 2558 คณบดีคณะแพทยศาสตร์	ผู้อนุมัติ: <b>วัฒนา นาวาเจริญ</b> วันที่ <b>๓๑/๗.๑</b> /2565 (ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
	ผู้อนุมัติ: <b>นเรนทร์ โชติรสนิรมิต</b> วันที่ <b>๗/๗.๑</b> /2565 (ศ.นพ.บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์: คณบดีคณะแพทยศาสตร์)

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่ควรได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่องในทุกจุดของการให้รักษาทางยา ตั้งแต่ขั้นตอนการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างนอนในโรงพยาบาล การจำหน่ายผู้ป่วย จนถึงการส่งต่อการรักษาไปยังแผนกผู้ป่วยนอก

๒. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

๒.๑. Medication Reconciliation หรือ med reconcile หมายถึง กระบวนการเทียบประสานรายการยาที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบันก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ได้สมบูรณ์ในกรอบเวลาที่กำหนด ทั้งชื่อยา ขนาด วิธีใช้ และเวลาที่ได้รับยามื้อสุดท้าย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วิตามิน) และใช้ข้อมูลรายการยานี้ส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและครบถ้วนในทุกช่วงรอยต่อของกระบวนการการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การได้ยาซ้ำซ้อน การไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับต่อเนื่อง หรือการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

๒.๒. กระบวนการทำ Medication Reconciliation แบ่งตามรอยต่อของการรักษา ประกอบไปด้วย ๔ กระบวนการสำคัญที่ต้องปฏิบัติ ดังนี้

๒.๒.๑. กระบวนการเทียบประสานรายการยาแรกของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Admission Medication Reconciliation) ผู้ป่วยที่เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ทุกราย ต้องได้รับการซักประวัติและสืบค้นรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ทั้งรายการยาจากสถานพยาบาลต่างๆ ยาที่ซื้อใช้เอง รวมทั้งสมุนไพรและอาหารเสริม โดยมีรายละเอียดของชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วันและเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาครั้งสุดท้าย มีการทำบัญชีรายการยาทั้งหมด และแพทย์ต้องมาทบทวนรายการยาในเวลาที่กำหนด เพื่อรับทราบข้อมูลประกอบการพิจารณาการตัดสินใจใช้ยาต่อ หยุดยา หรือเปลี่ยนยาให้แก่ผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษา รวมทั้งมีการสื่อสารการตัดสินใจแก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง

๒.๒.๒. กระบวนการเทียบประสานรายการยาระหว่างนอนในโรงพยาบาลหรือระหว่างการย้ายหน่วยการรักษา (Transfer Medication Reconciliation) ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องมีการสรุปคำสั่งการรักษาและสรุปรายการยา (Summary Treatment) ตามกรอบเวลาที่กำหนด รวมถึงกรณีหากผู้ป่วยมีการย้ายระหว่างหน่วยการรักษา ก่อนมีการส่งต่อผู้ป่วยหน่วยงานต้นทางจะต้องมีการสรุปรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับล่าสุด รวมถึงรายการยาที่มีการสั่งหยุดใช้ชั่วคราว (hold) เพื่อให้แพทย์และทีมงานปลายทางได้รับทราบข้อมูลพิจารณาการตัดสินใจทางคลินิกต่อไป

๒.๒.๓. กระบวนการเทียบประสานรายการยาก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge Medication Reconciliation) ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แพทย์ทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยและยาที่ใช้ระหว่างนอนโรงพยาบาล สรุปเป็นรายการยากลับบ้าน ควรมีการตรวจสอบซ้ำโดยสหวิชาชีพ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาที่ครบถ้วน เหมาะสม มีการบันทึกสรุปรายการยาที่ถูกต้องในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล และ มีการส่งต่อรายการยาให้แก่ผู้ป่วย หรือ สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ

๒.๒.๔. กระบวนการเทียบประสานรายการยาก่อนส่งต่อการรักษาไปยังคลินิกผู้ป่วยนอก หลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรมีการส่งต่อข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับไปยังคลินิกผู้ป่วยนอกหรือสถานพยาบาลปลายทาง

๒.๓. องค์ประกอบของแต่ละกระบวนการทำ Medication Reconciliation ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ หลัก ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๒.๓.๑. การรวบรวม ข้อมูลประวัติการใช้ยาที่เป็นปัจจุบัน (Verification) คือการค้นหาและบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ ณ ปัจจุบัน โดยมีการรวบรวมข้อมูลจากอย่างน้อย ๒ แหล่งข้อมูล (เช่น ประวัติยาในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลใบส่งต่อ ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา หรือการซักประวัติ)

๒.๓.๒. การทวนสอบความถูกต้อง (Clarification) ให้มีทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก โดยอย่างน้อย ๒ สหสาขาวิชาชีพ หากมีข้อสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น

๒.๓.๓. การเปรียบเทียบประสานรายการยา (Reconciliation) แพทย์เป็นผู้พิจารณาการใช้ยา โดยระบุการตัดสินใจการใช้ยาว่า ให้ใช้ต่อ (on), หยุดยา (off), หรือหยุดยาชั่วคราว (hold)

พร้อมระบุเหตุผล จากนั้นสั่งใช้ยาแรกรับลงในคำสั่งการรักษา (Doctor's order sheet) เพื่อสื่อสารให้แก่ทีมงานและผู้ป่วยรับทราบ

- ๒.๓.๔. การสื่อสารส่งต่อข้อมูล (Transmission) มีการจัดทำชุดข้อมูลรายการยาในแต่ละกระบวนการ เพื่อให้มีการส่งต่อข้อมูลและสื่อสารกันในแต่ละรอยต่อของการรักษา รวมถึงส่งต่อให้แก่ผู้ป่วยหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ

### ๓. นโยบาย

- ๓.๑. ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาอนรักษาด่วนในโรงพยาบาลต้องได้รับการเทียบประสานรายการยาแรกรับ (Admission Medication Reconciliation) โดยบันทึกข้อมูลรายการยาลงในโปรแกรม e-Medication Reconciliation (e-med reconcile) และเทียบประสานรายการยาภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา โดยอย่างน้อย ๒ ใน ๓ วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลหรือเภสัชกร ทำการเทียบประสานรายการยาร่วมกันจึงจะถือว่าผู้ป่วยได้รับการเทียบประสานรายการยาแรกรับสมบูรณ์
- ๓.๒. ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ผู้ดูแลทำการยืนยันคำสั่งการรักษา (Summary Treatment) ในระบบสารสนเทศอย่างน้อยทุก ๗ วัน หรือทำการยืนยันคำสั่งการรักษาในกรณี que ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งรักษาหลายรายการ
- ๓.๓. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยรักษาอื่นๆ แพทย์ผู้ดูแลต้นทางหรือปลายทางทำสรุปคำสั่งการรักษา (Summary Treatment) ในระบบสารสนเทศเมื่อผู้ป่วยมีการย้ายหน่วยการรักษา
- ๓.๔. ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ต้องมีการสรุปรายการยาคลับบ้านในคำสั่งการรักษา (Doctor's order sheet) และบันทึกรายการยา (สั่งยา) ในระบบสารสนเทศ มีการทวนสอบโดยสหวิชาชีพ

### ๔. แนวทางปฏิบัติ

#### ๔.๑. กระบวนการเทียบประสานรายการยาแรกรับ (Admission)

##### การรวบรวม ข้อมูลประวัติการใช้ยาที่เป็นปัจจุบัน (Verification)

- ๔.๑.๑ แพทย์ หรือพยาบาล หรือเภสัชกร (วิชาชีพแรก) เทียบประสานรายการยาแรกรับโดยเข้าโปรแกรม e-Medication Reconciliation (e-med reconcile) สร้างเอกสารเพื่อบันทึกใบ med reconcile “แรกรับ” ทบทวนรายการยาโดยดึงข้อมูลประวัติการได้รับยาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในโปรแกรม พร้อมกับซักประวัติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล หรือตรวจสอบถุงยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาด้วย ค้นหาข้อมูลรายการยา สมุนไพรและผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ผู้ป่วยได้รับมาก่อนจนถึงปัจจุบัน บันทึกรายการยาและตรวจสอบชื่อยา ขนาด วิธีใช้ เวลาที่ได้รับยามือสุดท้าย ลงในโปรแกรม e-med reconcile
- ๔.๑.๒ กรณีผู้ป่วยไม่มีประวัติการใช้ยาโรคประจำตัว ให้เลือก “ไม่มียาโรคประจำตัว”
- ๔.๑.๓ กรณีพบปัญหาในการค้นหารายการยาเดิม สามารถส่งปรึกษาเภสัชกรตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

- ก. ผู้ป่วยมียาโรคประจำตัวที่แพทย์เห็นสมควรว่าควรได้รับยาต่อเนื่อง และนำยาติดตัวมาด้วย แต่ไม่สามารถระบุเอกลักษณ์ยาได้ (Drug Identification)
- ข. ผู้ป่วยมียาโรคประจำตัวที่แพทย์เห็นสมควรว่าควรได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่ได้นำยาติดตัวมาด้วย และไม่สามารถสืบค้นรายการยาจากการสอบถามหรือซักประวัติได้

๔.๑.๔ กรณีหอผู้ป่วยที่มีเภสัชกรประจำ ให้เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ซักประวัติผู้ป่วย ค้นหาและบันทึกรายการยาเดิมลงในโปรแกรม e-med reconcile ยกเว้นช่วงนอกเวลาปฏิบัติงาน ให้แพทย์ หรือพยาบาลเป็นผู้ค้นหาและบันทึกรายการยาเดิมในโปรแกรม

#### การทวนสอบความถูกต้อง (Clarification)

๔.๑.๕ แพทย์ หรือพยาบาล หรือเภสัชกร (วิชาชีพที่สอง) ทวนสอบข้อมูลรายการยาที่มีการบันทึกไว้ในโปรแกรม e- med reconcile ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ควรมีการเปรียบเทียบจากอย่างน้อย ๒ แหล่งข้อมูล เช่น รายการยาในโปรแกรมเปรียบเทียบกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา หรือเปรียบเทียบจากการซักประวัติผู้ป่วย กรณีพบปัญหาจากการทวนสอบ เช่น ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงกับหน้าฉลากยาปัจจุบัน ให้บันทึกเพิ่มเติมลงในรายการยานั้นๆ และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา

#### การเปรียบเทียบประสานรายการยา (Reconciliation)

๔.๑.๖ แพทย์ เทียบประสานรายการยาผ่านโปรแกรม e- med reconcile แพทย์พิจารณารายการยาที่บันทึกไว้ ระบุสถานะของยาแต่ละรายการว่าต้องการให้ยาต่อ (on) หรือหยุดยา (off) หรือหยุดยาชั่วคราว (hold) โดยกรณี off หรือ hold ให้ระบุเหตุผลประกอบ

๔.๑.๗ แพทย์สั่งยาในระบบทุกรายการ โดยเมื่อแพทย์พิจารณาสถานะยา (on/off/hold) ในโปรแกรม e- med reconcile แล้ว ระบบจะส่งเชื่อมโยงไปยังโปรแกรมสั่งยา (Signature) เพื่อให้แพทย์สั่งยาลงในระบบสารสนเทศ โดยแนวปฏิบัติการสั่งใช้ยาโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย มีดังนี้

- ก. กรณียาเดิมเป็นยาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือเป็นยาของสถานพยาบาลอื่นที่มีรายการยานั้นในบัญชียาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่แพทย์ทั่วไปสามารถเบิกได้ ให้แพทย์สั่งยาใหม่ในระบบทั้งหมด
- ข. กรณียาเดิมเป็นยาที่ลือคแพทย์เฉพาะทาง แต่แพทย์ต้องการให้ยาเดิมต่อเนื่อง ในขั้นตอนการสั่งยา ให้เลือกกว่า “ไม่เบิกยา” และระบุจำนวนเป็นศูนย์ และใช้ยาเดิมของผู้ป่วยนำมาบริหารยาระหว่างนอนโรงพยาบาล หรือให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาการสั่งยา
- ค. กรณียาเดิมเป็นยาที่ลือคการสั่งใน IPD หรือเป็นยานอกบัญชียาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แต่แพทย์ต้องการให้ยาเดิมต่อเนื่อง ในขั้นตอนการสั่งยา ให้เลือกกว่า “ไม่เบิกยา” และระบุจำนวนเป็นศูนย์ และใช้ยาเดิมของผู้ป่วยนำมาบริหารยาระหว่างนอนโรงพยาบาล หรือพิจารณาปรับเปลี่ยนการรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์

- ง. กรณียาเดิมเป็นยาที่มีราคาแพงและผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง แพทย์สามารถเลือกจ่ายยาเดิมของผู้ป่วยนำมาบริหารยาระหว่างนอนโรงพยาบาลได้ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ โดยในขั้นตอนการสั่งยา ให้เลือกว่า “ไม่เบิกยา” และระบุจำนวนเป็นศูนย์

#### การสื่อสารส่งต่อข้อมูล (Transmission)

- ๔.๑.๘ แพทย์ เขียนคำสั่งจ่ายยาในแผ่นคำสั่งการรักษาผู้ป่วย (Order Sheet) หรือพิมพ์ใบ Doctor's order sheet จากโปรแกรม e- med reconcile ซึ่งสามารถใช้แทนการเขียนคำสั่งจ่ายยาได้ โดยให้แนบไว้ในชาร์ตผู้ป่วย
- ๔.๑.๙ แพทย์ หรือพยาบาล พิมพ์ใบ Medication Reconciliation Form จากโปรแกรม e- med reconcile แนบไว้ในชาร์ตผู้ป่วย
- ๔.๑.๑๐ พยาบาล จัดการยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาจากบ้าน โดยให้แยกเก็บรักษาไว้ที่สถานที่เก็บยาในหอผู้ป่วย ไม่วางไว้ข้างเตียงหรือเก็บไว้ที่ผู้ป่วย โดยเก็บถุงยาเดิมแยกออกจากยาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ก. กรณียาเดิมเป็นยาแชนะเอ็น ให้แยกเก็บเป็นสัดส่วนไว้ในตู้เย็น
- ข. กรณียาเดิมเป็นยาเสพติด ให้แยกเก็บเป็นสัดส่วนไว้ในตู้เก็บยาเสพติด

#### ๔.๒ กระบวนการเทียบประสานรายการยาระหว่างนอนโรงพยาบาล

##### ๔.๒.๑ กรณีนอนโรงพยาบาลมากกว่า ๗ วันนอน

ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ผู้ดูแลทำการยืนยันคำสั่งการรักษา (Summary Treatment) ในระบบสารสนเทศทุก ๗ วัน หรือทำการยืนยันคำสั่งการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษาหลายรายการ

##### ๔.๒.๒ กรณีส่งต่อผู้ป่วยเข้าผ่าตัดหรือทำหัตถการ

แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการทำการตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันผ่านระบบสารสนเทศก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

#### ๔.๓ กระบวนการเทียบประสานรายการยากรณีย้ายหน่วยการรักษา

แพทย์ในหน่วยรักษาต้นทางหรือปลายทาง ทำสรุปคำสั่งการรักษาในระบบสารสนเทศ เพื่อตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน

#### ๔.๔ กระบวนการเทียบประสานรายการยาก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

- ๔.๔.๑ แพทย์สรุปรายการยากลับบ้าน (Home medication) ที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อ ในแผ่นคำสั่งการรักษา ทั้งรายการยาที่ให้ต่อ (on) รายการยาที่ให้หยุด (off) และรายการยาที่หยุดชั่วคราว (hold)
- ๔.๔.๒ พยาบาลนำยาของผู้ป่วยที่นำมาจากบ้านซึ่งเก็บรักษาไว้ มาตรวจเช็คกับคำสั่งการจ่ายยาต่อบ้าน กรณียาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านเป็นยาที่สามารถระบุชื่อหรือชนิดของยาได้ชัดเจน ยาไม่

หมดอายุ และตรงกับยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ที่บ้าน พยาบาลสรุปจำนวนเม็ดยาที่มีอยู่ให้แพทย์ ผู้รักษาพิจารณาเบิกยาเพิ่มในระบบให้ครบตามแผนการรักษา (กรณีที่แพทย์ให้ผู้ป่วยใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน ให้ระบุท้ายรายการยาในแผ่นคำสั่งการรักษาว่า “ไม่เบิกยา”)

- ๔.๔.๓ พยาบาลใช้เครื่องสแกน ถ่ายภาพแผ่นคำสั่งการรักษาผู้ป่วยที่มีสรุปรายการยากลับบ้าน (Home medication) ส่งให้เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้อง
- ๔.๔.๔ เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลยาทั้งหมดและพิมพ์ใบสรุปรายการยากลับบ้าน แนบใบรายการยาพร้อมกับถุงยากลับบ้านเพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วย เมื่อพบความต่างของคำสั่งการรักษาให้ทำการปรึกษาแพทย์และพยาบาล ผู้เกี่ยวข้อง และหากพบว่ามี ความคลาดเคลื่อนทางยาจริง ให้แพทย์ผู้สั่งเป็นผู้แก้ไขคำสั่งให้ถูกต้อง
- ๔.๔.๕ พยาบาลนำยาของผู้ป่วยที่นำมาจากบ้านซึ่งเก็บรักษาไว้แรกได้รับประสานกับรายการยาที่แพทย์สั่งใหม่ ส่งมอบยาให้ผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาและมอบใบสรุปรายการยาจำหน่ายให้ผู้ป่วย (กรณีที่มียาของผู้ป่วยที่นำมาจากบ้านมากกว่า ๘ รายการ พยาบาลสามารถส่งมาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยในให้เภสัชกรเป็นผู้ประสานรายการยาแทน)

#### ๔.๕ กระบวนการเทียบประสานรายการยาในผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลมีแนวทางสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยจัดทำใบสรุปรายการยากลับบ้านให้แก่ผู้ป่วย เพื่อส่งต่อไปยังแพทย์ผู้ดูแลในหน่วยการรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) รวมถึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ

#### ๕. กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์ เภสัชกร พยาบาล

#### ๖. ผู้รับผิดชอบ

- ๖.๑. คณะทำงานวางระบบเทียบประสานรายการยา
- ๖.๒. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
- ๖.๓. หัวหน้าภาควิชาทางคลินิกทุกภาควิชา
- ๖.๔. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม
- ๖.๕. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

#### ๗. ตัวชี้วัดโดยภาพรวม

๗.๑. อัตราการปฏิบัติของบุคลากรตามมาตรฐานเชิงนโยบาย (ในกระบวนการเทียบประสานรายการยาแรกรับและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)

- ๗.๑.๑. อัตราของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Med Reconcile แรกรับสมบูรณ์ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่ admit ทั้งหมด

- ๗.๑.๒. อัตราของการทำ Med Reconcile โดยสหสาขาวิชาชีพ ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่ admit ทั้งหมด
- ๗.๑.๓. อัตราของจำนวนใบสั่งยากลับบ้านที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องโดยเภสัชกร ต่อ จำนวนใบสั่งยากลับบ้านทั้งหมด
- ๗.๑.๔. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำการใช้ยากลับบ้านโดยเภสัชกร ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มี รายการยากลับบ้านทั้งหมด

๗.๒. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้จากการทำ Medication reconciliation (ใน กระบวนการเทียบประสานรายการยาแรกรับและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)

- ๗.๒.๑. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้จากการทำ Med reconcile แรกรับ ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่ admit ใหม่ทั้งหมด
- ๗.๒.๒. ร้อยละของความแตกต่างระหว่างรายการยาในช่วงแรกรับ ที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่ง ใช้ยา ต่อจำนวนรายการยาทั้งหมด (Unintentional discrepancy)
- ๗.๒.๓. ร้อยละของผู้ป่วยแรกรับที่พบความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้ สั่งใช้ยา ต่อจำนวนผู้ป่วย admit ใหม่ทั้งหมด (Potential harm)
- ๗.๒.๔. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้จากการทำ Med reconcile เมื่อจำหน่าย ผู้ป่วย (เป็นจำนวนครั้งต่อ ๑๐๐๐ วันนอน แยกตามหอผู้ป่วย)

๘. เป้าหมาย

- ๘.๑. อัตราการปฏิบัติของบุคลากรตามมาตรฐานเชิงนโยบายมากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๘.๒. อัตราการเทียบประสานรายการยาแรกรับที่สมบูรณ์มากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๘.๓. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้จากการทำ Med reconcile น้อยกว่าร้อยละ ๒๐

๙. การประเมินผล

ติดตามประเมินผลอัตราการปฏิบัติของบุคลากรตามมาตรฐานเชิงนโยบายในทุกหอผู้ป่วย ทุก ๓ เดือน โดยจัดทำรายงานผลการประเมินให้แก่คณะกรรมการระบบยารับทราบ รวมถึงจัดทำรายงานผ่าน งานการพยาบาลและภาควิชาเพื่อสื่อสารผลการประเมินสู่ผู้ปฏิบัติและนำไปปรับปรุงการปฏิบัติของ บุคลากรให้เป็นไปตามมาตรฐานเชิงนโยบาย

- ๙.๑. ขั้นตอนการเทียบประสานรายการยาแรกรับ ติดตามผลผ่าน Dashboard ของศูนย์บริหาร จัดการข้อมูล (Operation center, OC)
  - ๙.๑.๑. การทำ Med Reconcile แรกรับใน ๒๔ ชั่วโมง
  - ๙.๑.๒. การทำ Med Reconcile โดยสหสาขาวิชาชีพ
  - ๙.๑.๓. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้จากการทำ Med Reconcile แรกรับ

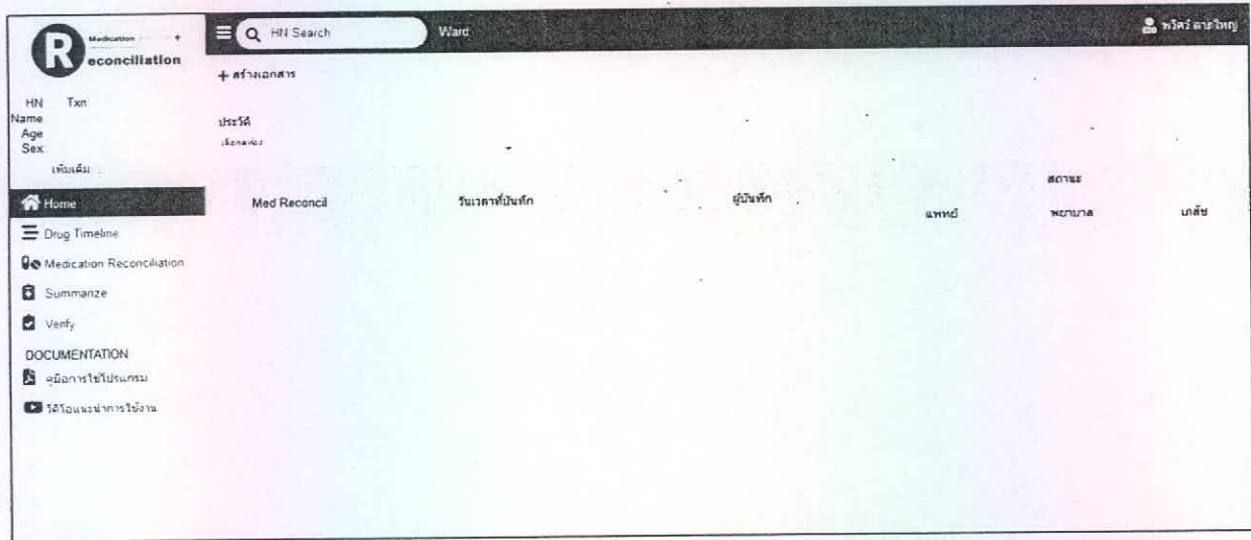
## ๙.๒. ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย

๙.๒.๑. การตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยากลับบ้านโดยเภสัชกร

๙.๒.๒. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้จากการทำ Med Reconcile เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย

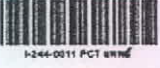
## ๑๐. ภาคผนวก

### ๑๐.๑ ภาคผนวก ๑ : โปรแกรม e-Medication Reconciliation






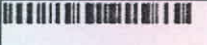
๑๐.๒ ภาคผนวก ๒ : ใบ Med Reconcile Form แรกรับ



3244-0011 PCT 0000



**Medication Reconciliation Form**  
at admission  
Med ผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด2 (Ward)




HN :  
๙ 66Y6M

HN : ชื่อ-สกุล : อายุ ๘6 ปี 6 เดือน 16 วัน  
ประวัติ แพทย์ : การตั้งครรภ์ :- Date of Admission: 22-10-2563 time: 13:58  
แพทย์(PEN(C)LLINS) undefined undefined  
Diagnosis: I509 - Heart failure, unspecified




รายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน				แพทย์ขอทราบรายการยาที่ระงับนอนโรงพยาบาล			
ชื่อยาและความรุนแรง/สมุนไพร/อาหารเสริม	วิธีใช้	จำนวนยา (เม็ด)	วันเวลาที่ได้รับ ครั้งสุดท้าย	on	off	hold	หมายเหตุ
Aspirin <sup>TM</sup> Tab 81 mg ( Acetylsalicylic acid (Aspirin) (ASA 81) )	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้าทันที		22-10-2563 00:00 น.			✓	OR
VIVACOR TAB 20 MG ( Rosuvastatin (ยี่ห้อ Crestor) )	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเย็น		20-10-2563 00:00 น.	✓			
Ezetrol Tab 10 mg ( Ezetimibe )	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า		22-10-2563 00:00 น.	✓			
DILATREND (ROCHE, ITALY) ( carvedilol 12.5 mg )	รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น	2	22-10-2563 00:00 น.	✓			

ลงนาม  
แพทย์  
พยาบาล  
เภสัชกร



3244-0011 PCT 0000

๑๐.๓ ภาคผนวก ๓ : ใบ Doctor's Order Sheet

 1-421-0011 คำสั่งการรักษา	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <b>แผนคำสั่งการรักษา (Order Form)</b>	 HN : ๗ 66Y6M	
DATE	ORDERS FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUE
			<p><b>รายการยาเดิม</b></p> <p>Hold Aspirin-M Tab 81 mg                  [ Acetylsalicylic acid (Aspirin) (ASA 81) ]                  รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารสัปดาห์</p> <p>1 VIVACOR TAB 20 MG                  [ Rosuvastatin (ยี่ห้อ Crestor) ]                  รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเย็น</p> <p>2 Ezetrol Tab 10 mg                  [ Ezetimibe ]                  รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า</p> <p>3 DILATREND (ROCHE, ITALY)                  [ carvedilol 12.5 mg ]                  รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น</p> <p style="text-align: right;">แพทย์ วันที่ 22-10-2563 19.54</p>
Progress note วันที่..... เวลา.....			
S _____ O _____ A _____ P _____			
			1100-103-1 

## เอกสารอ้างอิง

1. The Institute for Safe Medication Practices. Getting started kit (Medication reconciliation). Available at: <http://www.ismp-canada.org>. Accessed May 1, 2021.
2. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). 2551. Medication Reconciliation. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน จำกัด.
3. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562. ศิริราชโมเดล: การจัดการด้านยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมิทธิภาพ จำกัด.
4. ธิดา นิงสานนท์. Medication Reconciliation. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด; 2551.
5. จันทรจาริก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล. Medication Reconciliation ผ่านแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance). หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม 2561: 6-10.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2561.

**แบบบันทึกประวัติการสร้างมาตรฐานนโยบายเชิงสหสาขาวิชาชีพ**  
**“ Medication Reconciliation ”**  
**โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re - formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่จำเป็น	แก้ไขให้สอดคล้องกับมาตรฐาน	ปรับเปลี่ยนกฎ-ระเบียบ	มีความเสี่ยง	เป็นความรู้ / วิทยาการใหม่	เพิ่มประสิทธิผล	Yes	No
		✓		✓			✓	✓	✓	
การปรับปรุงแก้ไข : มาตรฐานด้านนโยบายฉบับนี้ จะปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงแก้ไขทุก 1-3 ปี หรือเมื่อมีความจำเป็น										
วัน / เดือน / ปี ที่สร้างครั้งแรก:			ธันวาคม 2557							
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข:			2565							
วัน / เดือน / ปี ที่เผยแพร่:			2565							
File Name:										