

## สารบัญ

	หน้า
1. วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือ	3
2. ขอบเขต	3
3. คำจำกัดความ	3
4. หน้าที่ความรับผิดชอบ	4
5. การตรวจเอกสาร	4
6. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work Flow)	5
7. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	7
8. แนวทางในการปฏิบัติของบุคลากร	13
9. มาตรฐานคุณภาพงาน	13
10. ระบบติดตามประเมินผล	13
11. เอกสารอ้างอิง	13
12. แบบฟอร์มที่ใช้	13
13. ปัญหา/ ความเสี่ยงสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา	14
14. บรรณานุกรม	16
<b>ภาคผนวก</b>	
ก. แบบฟอร์ม Doctor's order sheet	18
ก. แบบฟอร์ม Drug profile	19
ก. แบบฟอร์ม ใบ MR	20
ค. มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (2558)	21

**คู่มือการปฏิบัติงาน**  
**กระบวนการ การจัดทำ Medication reconciliation (MR)**  
**ของผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น**

### 1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้ส่วนราชการมีการจัดคู่มือการปฏิบัติงานที่ชัดเจน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ที่แสดงถึงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานของกิจกรรม/กระบวนการต่างๆ ของหน่วยงาน และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลงานที่ได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ และบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ

1.2 เพื่อเป็นหลักฐานแสดงวิธีการทำงานที่สามารถถ่ายทอดให้กับผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ พัฒนาให้การทำงานเป็นมืออาชีพ และใช้ประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร รวมทั้งแสดงหรือเผยแพร่ให้กับบุคคลภายนอก หรือผู้ใช้บริการ ให้สามารถเข้าใจและใช้ประโยชน์จากกระบวนการที่มีอยู่เพื่อขอการรับบริการที่ตรงกับความต้องการ

1.3 เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการ การจัดทำ Medication reconciliation (MR) ของผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น สามารถจัดทำ Medication reconciliation (MR) ของผู้ป่วยใน (IPD) ที่มีประวัติการรับยาโรคประจำตัวได้

### 2. ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานนี้ ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติงานตั้งแต่ ญาติผู้ป่วย นำ Doctor's order sheet มายื่นที่ห้องยา สอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัว และสถานที่รับยาของผู้ป่วย คีย์ประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยในระบบ HOSxP จนถึงปรี้นท์ใบ Medication reconciliation พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง เรียบร้อย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดทำ Medication reconciliation (MR) ของผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

### 3. คำจำกัดความ

Medication Reconciliation (MR) หมายถึง กระบวนการค้นหาและรวบรวมข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาด/ความแรง วิธีการใช้ยา วันที่สุดท้ายที่ได้รับยา(ประวัติยาล่าสุด) วันนัดครั้งถัดไป ทั้งยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล คลินิก หรือยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง เพื่อให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทราบข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

Doctor's order sheet หมายถึง ใบบันทึกการรักษาของแพทย์

Continue หมายถึง แพทย์สั่งใช้ยาเดิม ขนาดความแรง และวิธีรับประทานเหมือนเดิมต่อไป

Change หมายถึง แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการให้ยากับผู้ป่วย

Hold หมายถึง แพทย์หยุดยานั้นของผู้ป่วยไว้ชั่วคราว

Discontinue หมายถึง แพทย์พิจารณาหยุดยานั้นอย่างถาวร

ระบบ HOSxP หมายถึง ซอฟต์แวร์แอปพลิเคชันสำหรับสถานพยาบาล

Hospital Number (HN) หมายถึง หมายเลขของผู้ป่วยนอก ซึ่งจะออกหมายเลขให้ในการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่จะตรวจในโรงพยาบาล

#### 4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

เภสัชกร มีหน้าที่ สอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย คีย์รายการยา ตามประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย(กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัวที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)  
เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม มีหน้าที่ สอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย คีย์รายการยา

#### 5. การตรวจเอกสาร

ท่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารของ

1. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2558). มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับฉลองสิทธิราชสมบัติครบ 60 ปี

6. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work Flow)

ชื่อกระบวนการ การจัดทำ Medication reconciliation ของผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น  
 ข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ มีการจัดทำ Medication reconciliation ของผู้ป่วยใน (IPD) ที่มีประวัติการรับยาโรคประจำตัว  
 ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ ร้อยละผู้ป่วยใน (IPD) ที่มีประวัติการรับยาโรคประจำตัว และมีการจัดทำ Medication reconciliation (ร้อยละ100)

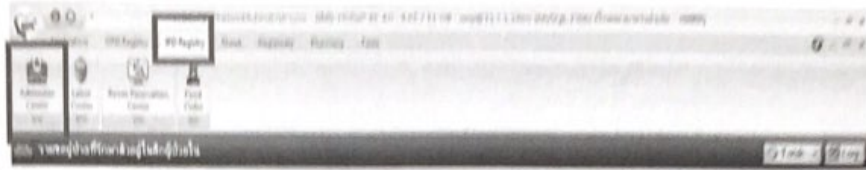
ที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
1		1 นาที	1. เกสlinger หรือ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ทวนถาม ชื่อ – สกุล ของผู้ป่วยจาก ญาติ ทุกครั้ง 2. เกสlinger หรือ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของ Doctor's order sheet	1. Doctor's order sheet และเอกสารอื่นๆ ที่แนบมา มีความถูกต้อง ครบถ้วน คือ ชื่อ – สกุล ของผู้ป่วย	1. Doctor's order sheet	1. เกสlinger หรือ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม
2		5-10 นาที	1. เกสlinger หรือ เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม สอบถามญาติเกี่ยวกับประวัติการรับยาโรคประจำตัว และสถานที่รับยาล่าสุดของผู้ป่วย 2. ตรวจสอบความถูกต้องของประวัติ การรับยาโรคประจำตัว โดยดูจาก สมุดประวัติผู้ป่วย ใบส่งตัว ใบสรุปรายการยาเดิม ยาเดิม หรือ โทรสอบถามประวัติการรับยาจาก โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยา	1. ข้อมูลประวัติการรับยาโรคประจำตัวที่สอบถามจาก ญาติ เมื่อทำการตรวจสอบ พบว่าถูกต้อง ตรงกันกับ สถานที่รับยาล่าสุดของผู้ป่วย จริง	1. สมุด ประวัติผู้ป่วย ใบส่งตัว หรือใบ สรุปรายการยา เดิม 2. ของยาเดิม	1. เกสlinger หรือ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม

ที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
3	<pre> graph TD     Start(( )) --&gt; Box[ศึยประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย ในระบบ HOSxP]     Box --&gt; Oval(ปรับทึบ MR ตรวจสอบและเขียนลงข้อมูลใบบ MR ให้ครบถ้วน)           </pre>	10 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>เภสัชกร หรือ เจ้าหน้าที่เภสัชกรม คึยข้อมูลรายการยาโรคประจำตัว ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>ชื่อยา/ ความแรง ที่ผู้ป่วยใช้</li> <li>จำนวนยา</li> <li>วิธีใช้ยา</li> <li>ที่มาของยา</li> <li>วันที่สุดท้ายที่ได้ยา และนัดถัดไป</li> </ul> </li> <li>กตปรีนทีบ MR ออกมา</li> <li>ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใบบ MR</li> <li>เขียน หรือทำเครื่องหมายถูก (✓) ลง ข้อมูลใบบ MR เพิ่มเติม ให้ครบถ้วน คือ ข้อมูลยาเดิม (ไม่มียาเดิม นำยาเดิมมาด้วย ไม่นำยาเดิมมา) คำสั่งยา ในโรงพยาบาล (ส่งต่อ เปลี่ยน หยุด hold consult) จำนวนเม็ดยา ในกรณีผู้ป่วยนำยาเดิมมา แหล่งที่มาของข้อมูล (ตัวผู้ป่วยแจ้ง ญาติแจ้ง ใบส่งตัว สมุดประจำตัวผู้ป่วย ยาเดิ มฐานข้อมูล HOSxP โทรสอบถามจาก รพ. อื่นๆ )</li> <li>ส่งข้อมูลบันทึกการทำ MR</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลที่คึยในระบบ HOSxP ถูกต้อง ตรงกันกับประวัติการรับยา ประจำตัวของผู้ป่วย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สมุด ประจำตัวผู้ป่วย ใบส่งตัว หรือใบ สรุปรายการยา เดิม</li> <li>ยาเดิม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เภสัชกร หรือ เจ้าหน้าที่เภสัชกร</li> </ol>
4	<pre> graph TD     Start(( )) --&gt; Box[ศึยประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย ในระบบ HOSxP]     Box --&gt; Oval(ปรับทึบ MR ตรวจสอบและเขียนลงข้อมูลใบบ MR ให้ครบถ้วน)           </pre>	2 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลที่คึยในระบบ HOSxP ถูกต้อง ตรงกันกับประวัติการรับยา ประจำตัวของผู้ป่วย</li> <li>ใบ MR ระบุข้อมูล ครบถ้วน คือ ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ จำนวนยา วิธีใช้ยา ที่มาของยา วันสุดท้ายที่ได้ยา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ใบ MR</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เภสัชกร หรือ เจ้าหน้าที่เภสัชกร</li> </ol>	

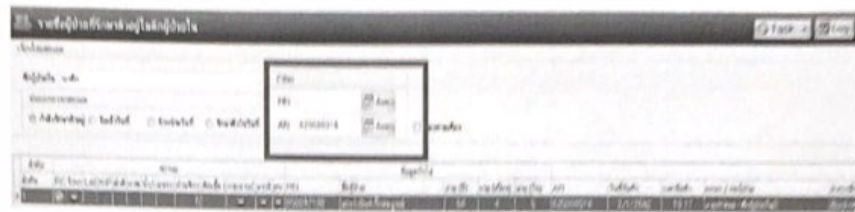
รายละเอียดงาน	การปฏิบัติงาน
<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> ญาติผู้ป่วย นำ Doctor's order sheet มายื่นที่ห้องยา</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบ ชื่อ - สกุล ของผู้ป่วยตรงกับที่ญาติแจ้งหรือไม่</li> <li>2. ตรวจสอบ HN (Hospital Number) ของผู้ป่วยว่าถูกต้อง ตรงกันกับระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล</li> <li>3. ตรวจสอบเอกสารที่ญาติของผู้ป่วยนำมายื่นที่ห้องยา คือ Doctor's order sheet ว่าลายมือแพทย์ที่เขียนอ่านออกหรือไม่ หากลายมือแพทย์ไม่ชัดเจนหรืออ่านแล้วไม่แน่ใจ ให้เภสัชกรเป็นผู้โทร consult แพทย์เพื่อยืนยัน order ให้เข้าใจตรงกัน และลดความผิดพลาดจากการตีความหมายด้วยตนเอง</li> <li>4. ตรวจสอบเอกสารใบส่งตัว สมุดประจำตัวผู้ป่วย ของยาเดิม และอื่นๆ(ถ้ามี)</li> </ol>
<p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> สอบถามประวัติ การรับยาโรคประจำตัว และสถานที่รับยาของผู้ป่วย</p>	<p><u>กรณีผู้ป่วยมีญาติ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สอบถามญาติของผู้ป่วยว่ามีโรคประจำตัวหรือไม่</li> <li>2. ถ้ามีรับยาจากที่ไหน ขอยาเดิมและสมุดประจำตัวของผู้ป่วย ตรวจสอบยาเดิมครบถ้วนตามสมุดประจำตัว สามารถทำใบ MR ได้</li> <li>3. ถ้าไม่มีสมุดประจำตัว หรือยาเดิม ให้ย้อนดูประวัติเดิมของผู้ป่วยจากระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็นก่อน หากพบว่ามีประวัติยาโรคเรื้อรังไม่เกิน 6 เดือน ให้ทำใบ MR ตามประวัติยาเดิม</li> <li>4. หากผู้ป่วยรับยาโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เภสัชกรเข้าระบบแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ เพื่อค้นดูประวัติการรับยาโรคประจำตัวล่าสุด และนัดครั้งถัดไปเพื่อทำใบ MR</li> <li>5. หากผู้ป่วยรับยาโรคประจำตัวจากโรงพยาบาลอื่น เภสัชกรจะเป็นผู้ติดต่อสอบถามประวัติยาที่ผู้ป่วยทำการรักษา และนัดครั้งถัดไปเพื่อทำใบ MR</li> <li>6. หากญาติของผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือให้ข้อมูลสับสน ให้เขียน Pharmacist note ไว้ที่ใน Drug profile เพื่อให้เภสัชกรที่เข้าถึงผู้ป่วยในวันถัดไป สอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัวกับผู้ป่วยอีกครั้ง</li> </ol> <p><u>กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบประวัติการรับยาในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น หากพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการรับยาโรคประจำตัวที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นไม่เกิน 6 เดือน ให้ทำใบ MR</li> <li>2. ตรวจสอบประวัติการรับยาในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น หากไม่พบประวัติการรับยาโรคประจำตัว ยังไม่ต้องทำใบ MR ก่อน ให้ศิษย์รายการยาและจัดยาตาม Doctor order sheet แล้วเขียน Pharmacist note ไว้ที่ใน Drug profile เพื่อให้เภสัชกรที่เข้าถึงผู้ป่วยในวันถัดไป สอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัวกับผู้ป่วยอีกครั้ง</li> </ol> <p>หมายเหตุ: ใบ MR จะต้องระบุรายการยา จำนวนยา(โดยเฉพาะยาที่ไม่มีในโรงพยาบาลวังน้ำเย็น) วิธีใช้ยา ที่มาของยา(ชื่อโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยา) วันที่สุดท้ายที่ได้ยา(ประวัติการรับยาล่าสุด) และนัดครั้งถัดไป</p>

ขั้นตอนที่ 3  
คือประวัติการรับยาโรค  
ประจำตัว ของผู้ป่วย  
ในระบบ HOSxP

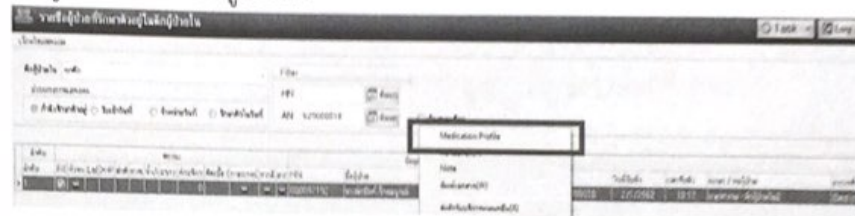
1. เข้าระบบ HosXP เลือกที่ปุ่ม IPD Registry และเลือกที่ปุ่ม Admission center เพื่อเข้าสู่ระบบผู้ป่วยใน (IPD)



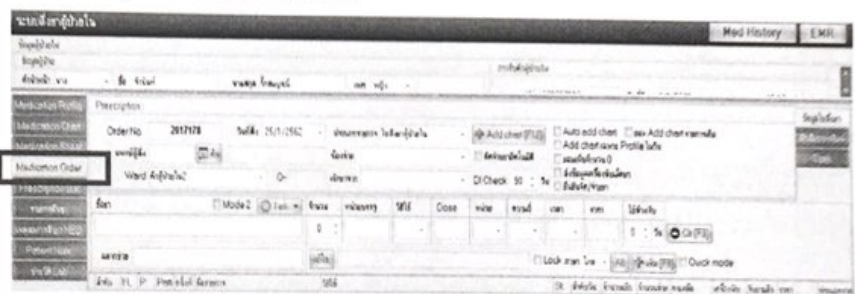
2. ใส่เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) โดยใส่เครื่องหมาย / แล้วตามด้วยตัวเลข ในช่อง HN หรือใส่เลข Admission number(AN) ในช่อง AN กด Enter เพื่อเข้าสู่ชื่อผู้ป่วยใน (IPD)



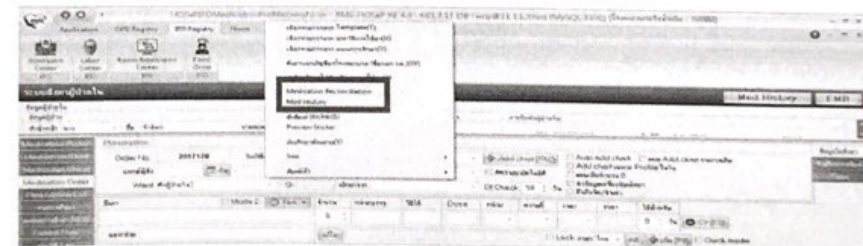
3. คลิกขวา ที่ Visit Admit ล่าสุดของผู้ป่วย เลือกที่ปุ่ม Medication profile เพื่อเข้าสู่หน้าระบบสั่งยาผู้ป่วยใน



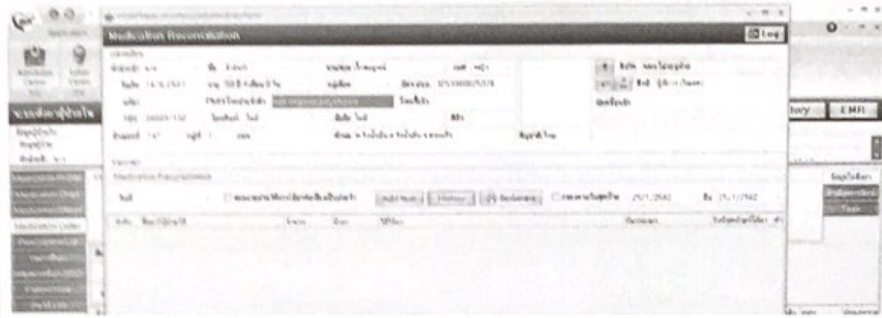
4. เลือกที่ปุ่ม Medication order



5. เลือกที่ปุ่ม Task และเลือกคำว่า Medication Reconciliation

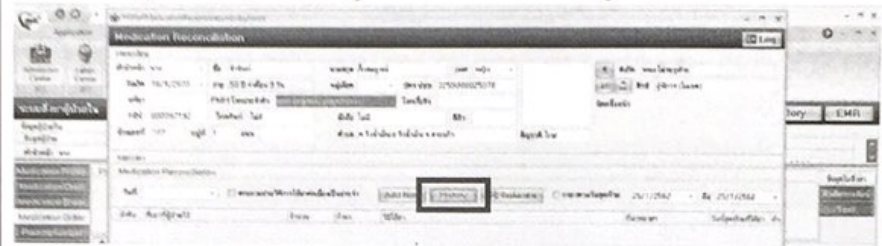


## 6. เข้าสู่หน้า Medication Reconciliation

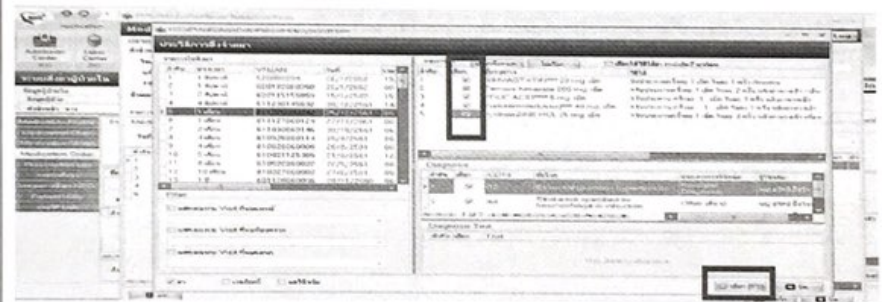


### 7.1 กรณีผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

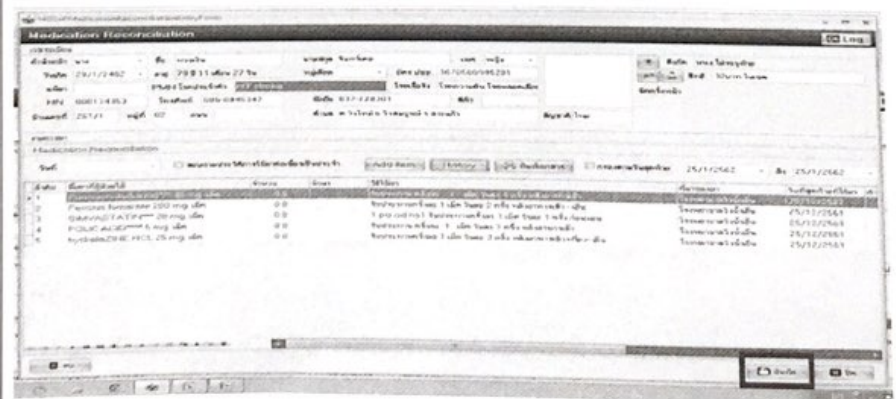
#### 7.1.1 เลือกปุ่ม History เพื่อเข้าสู่หน้าประวัติยาเดิมของผู้ป่วย



#### 7.1.2 เลือกวันที่ผู้ป่วยรับยาโรคประจำตัว และกดเครื่องหมายถูกเพื่อเอาข้อมูลยานั้น หรือนำเครื่องหมายถูกออกเพื่อไม่เอาข้อมูลยานั้น และเลือกที่ปุ่มเลือก



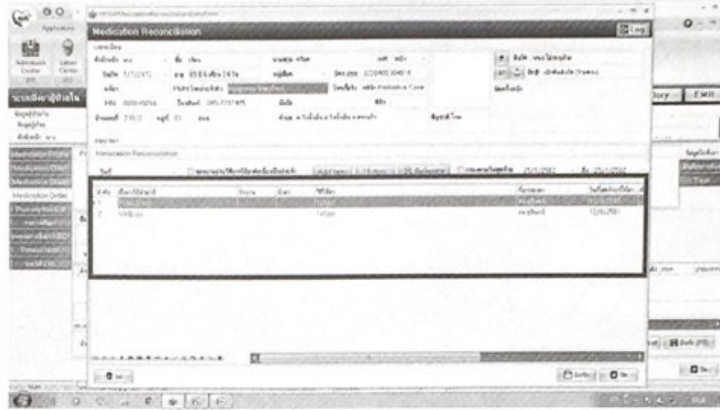
#### 7.1.3 เลือกที่ปุ่มบันทึก เพื่อบันทึกข้อมูลยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย (หากผู้ป่วยนำ ยาเดิมมา โดยเฉพาะยาที่ไม่อยู่ในโรงพยาบาล ให้นำจำนวนยา และใส่ข้อมูลลงในช่อง จำนวนยาที่ผู้ป่วยนำมาด้วย)



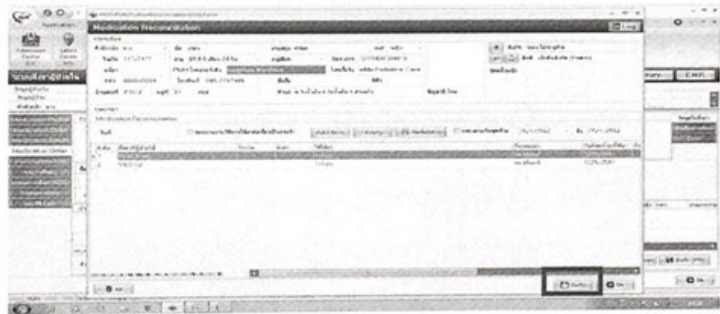


## 7.2 กรณีผู้ป่วยรับยาที่สถานบริการอื่น

7.2.1 พิมพ์ข้อมูลรายการยาโรคประจำตัว ประกอบด้วย ชื่อยาและขนาดยาที่ผู้ป่วยใช้ จำนวนยาที่ผู้ป่วยนำมา วิธีใช้ยา ที่มาของยา วันสุดท้ายที่ได้รับยา และวันนัดครั้งถัดไป (หากผู้ป่วยนำยาเดิมมา โดยเฉพาะยาที่ไม่มีในโรงพยาบาล ให้นำจำนวนยาและใส่ข้อมูลลงในช่องจำนวนยาที่ผู้ป่วยนำมาด้วย)

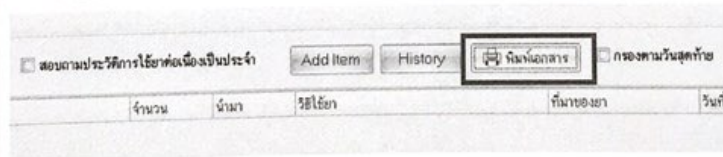


## 7.2.2 เลือกที่ปุ่มบันทึก เพื่อบันทึกข้อมูลยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย



ขั้นตอนที่ 4  
ปรีนท์ใบ MR ตรวจสอบ  
และเขียนลงข้อมูลใน  
ใบ MR ให้ครบถ้วน

1. กดปรีนท์ใบ MR ออกมา โดยมีขั้นตอนดังนี้
  - 1.1 เมื่อบันทึก MR เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม Task และเลือกคำว่า Medication Reconciliation อีกครั้ง จากนั้น กด "พิมพ์เอกสาร"



## 1.2 เลือกเครื่องพิมพ์ที่จะปริ้นท์ใบ MR จากนั้นกด "ตกลง"

HOSsReportDocumentPrintForm

**คิมพ์เอกสาร** MED\_RECONCILIATION

กำหนดเอกสารที่ทำการพิมพ์

พิมพ์ Medication-Reconciliation  
 เครื่องพิมพ์ HP LaserJet Professional P1102 - IPD  Preview

พิมพ์  
 เครื่องพิมพ์ HP LaserJet Professional P1102 - IPD  Preview

พิมพ์  
 เครื่องพิมพ์   Preview

พิมพ์  
 เครื่องพิมพ์   Preview

พิมพ์  
 เครื่องพิมพ์   Preview

พิมพ์  
 เครื่องพิมพ์   Preview

พิมพ์  
 เครื่องพิมพ์   Preview

Parameter 10522

## 2. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลในใบ MR

แบบบันทึกประวัติ การใช้ยาของผู้ป่วย โรงพยาบาลวังน้อย  
 Medication History - Patient Form Wangnongyuan Hospital  
 Principle Dr. วันที่รับ:

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ สกุล   อายุ  เพศ

IN

ประวัติแพ้ยา วันที่ admit 20 มกราคม 2562

ไม่มีอาการ  มีอาการแพ้ยา (ระบุอาการ)  ไม่มีอาการแพ้ยา

สุขภาพ  ไม่ดี  ดี  ไม่ดี

วินิจฉัยอาการเสริม  ไม่ดี  ดี  ไม่ดี

รายการยาที่ได้รับในบันทึกการ. รวมถึงยาสมุนไพร วัคซีนของทางเสริม

วันที่	ยา	คำสั่งยาในโรงพยาบาล					คำสั่งยาที่บ้าน			
		สั่ง	เปลี่ยน	หยุด	เพิ่ม	cancel	สั่ง	เปลี่ยน	หยุด	

ไม่ดีด้วยตัวเอง  ไม่ดีด้วยตัวเองไม่ดีขึ้น  
 อาการดีขึ้นเล็กน้อย  ไม่ดีขึ้น  
 อาการดีขึ้นเล็กน้อย  ไม่ดีขึ้น  
 ไม่ดีขึ้นด้วยตัวเองไม่ดีขึ้น  
 ไม่ดีขึ้นด้วยตัวเองไม่ดีขึ้น  
 ไม่ดีขึ้นด้วยตัวเองไม่ดีขึ้น

วันที่/เวลา Note ลงชื่อ

แพทย์ที่พิมพ์ข้อมูล (เลือกให้มากที่สุด) (ชื่อ)  
 ศาสตราจารย์  อภิสิทธิ์  ไชยสิทธิ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  
 อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  
 อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์  อ.ดร.ประจักษ์

3. เขียน หรือทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงข้อมูลใบ MR เพิ่มเติม ให้ครบถ้วน ดังนี้

3.1 ข้อมูลยาเดิม ได้แก่ ไม่มียาเดิม, ยาเดิมมาด้วย (ระบุแหล่ง), ไม่มียาเดิมมา) ข้อมูลการทานสมุนไพร หรือวิตามิน/อาหารเสริม

ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

Siriraj Hospital

Principle Dr.

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ นามสกุล <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span> อายุ <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span> เพศ <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span> วันที่รับตัว วันที่ admit 25 มกราคม 2562 <input type="checkbox"/> ไม่มียาเดิม <input type="checkbox"/> มียาเดิม (ระบุแหล่งที่มา) <input type="checkbox"/> ไม่มียาเดิมมา	สมุนไพร <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ วิตามิน/อาหารเสริม <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
---	---

3.2 ทำเครื่องหมายถูก(✓) ตรงตำแหน่ง "คำสั่งยาในโรงพยาบาล" ได้แก่สั่งต่อ, เปลี่ยน, หยุด, hold, consult

No	วันที่	คำสั่งยาในโรงพยาบาล					คำสั่งยาผู้ป่วย						
		สั่งต่อ	เปลี่ยน	หยุด	hold	consult	สั่งต่อ	เปลี่ยน	หยุด				

3.3 เติมข้อมูลส่วน "แหล่งที่มาของข้อมูล" ได้แก่ ตัวผู้ป่วยแจ้ง,ญาติแจ้ง, ใบส่งตัว, สมุดประจำตัวผู้ป่วย, ยาเดิม, ฐานข้อมูล HOSxP, โทรสอบถามจาก....., อื่นๆ )

วันที่ / เวลา	Note	ลงชื่อ

แหล่งที่มาของข้อมูล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ตัวผู้ป่วยแจ้ง   
  ญาติแจ้ง   
  ใบส่งตัว   
  สมุดประจำตัวผู้ป่วย   
  ยาเดิม  
 ฐานข้อมูล HOSxP   
  โทรสอบถามจาก.....   
  อื่นๆ

ผู้พิมพ์รายงาน

4. ลงชื่อผู้บันทึกใบ MR

ผู้บันทึก admit: <b>สิริมาพร ศันชาวีศรี</b>	ลงชื่อ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>
วันที่ admit: 22 มกราคม 2562	วันที่ 20/04/62
ผู้บันทึก discharge:	วันที่:
<b>ประเภท Consult</b>	
<input type="checkbox"/> ไม่เคยได้ยาที่ขอรับ <input type="checkbox"/> ได้ยาที่ขอได้แต่ไม่มีของบ่งไว้ในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> ได้ยาที่มีชื่อห้ามใช้
<input type="checkbox"/> ขนาดหรือความถี่ต่างจากเดิม <input type="checkbox"/> ได้ยา / กลุ่มยาที่ขอรับ	<input type="checkbox"/> ได้ยา / กลุ่มยาที่ขอรับ
<input type="checkbox"/> ขนาดหรือความถี่ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> route ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> route ไม่เหมาะสม
<input type="checkbox"/> ได้ยาขนาดหรือความถี่ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> route ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> route ไม่เหมาะสม
<input type="checkbox"/> ได้ยาชนิดอื่นที่ไม่ใช่กรรปกรโรคหรือกรโรคอื่นที่ไม่มีการดูแล	<input type="checkbox"/> route ไม่เหมาะสม
กรรปกรแพทย์เจ้าของไข้ <b>กัญชวลีน ไรชเนกรเกียรติ</b> ลงชื่อ	
วันที่ 20/04/62	

### 8. แนวทางในการปฏิบัติของบุคลากร

1. แต่งกายเหมาะสม สุภาพ สะอาด เรียบร้อย
2. มีท่าทาง บุคลิก และการวางตนที่ดี น่าเชื่อถือ
3. พูดจาดี ด้วยน้ำเสียง และคำพูดที่สุภาพ น่าฟัง
4. ให้เกียรติผู้พูด เปิดใจรับฟัง และตระหนักถึงความสำคัญของผู้พูด
5. โทรสอบถามประวัติ และรับโทรศัพท์ด้วยถ้อยคำที่สุภาพ

### 9. มาตรฐานคุณภาพงาน

1. ข้อมูลในใบ MR ตรงกันกับประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย ระบุข้อมูลครบถ้วน คือ ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ จำนวนยา วิธีใช้ยา ที่มาของยา วันสุดท้ายที่ได้ยา นัดครั้งถัดไป
2. หากมีการเขียน Pharmacist note ไว้ใน Drug profile เกสเซอร์ที่เข้าถึงผู้ป่วยในวันถัดไป จะต้องเข้าสอบถามผู้ป่วย และตามประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อทำใบ MR ให้แพทย์พิจารณาโดยเร็วที่สุด
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรับยาโรคประจำตัว จะต้องมีการทำใบ MR ทุกเคส

### 10. ระบบติดตามประเมินผล

1. ร้อยละของผู้ป่วยใน (IPD) ที่มีประวัติการรับยาโรคประจำตัว และมีการจัดทำใบ MR
2. ร้อยละของผู้ป่วยใน (IPD) ที่ได้รับการทำ MR ภายใน 24 ชั่วโมง (MR within 24 hour)
3. มีการติดตามข้อมูลการทำ MR ของคนไข้ใน (IPD) ทุก 3 เดือน

### 11. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน

1. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2558). มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

### 12. แบบฟอร์มที่ใช้

1. Doctor's order sheet
2. Drug profile
3. ใบ MR

ที่	ฝั่งกระบวนการ	ปัญหา/ ความเสี่ยงสำคัญที่พบในการปฏิบัติงาน	วิธีการแก้ไขปัญหา/ ลดความเสี่ยง
1	ญาติผู้ป่วย นำ Doctor's order sheet มายื่นที่ห้องยา	<p>ญาติผู้ป่วยบางรายไม่ทราบประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล(พนักงานเปล) เป็นคนมายื่น Doctor's order sheet แทน ทำให้ไม่สามารถสอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยได้</p> <p>2. ลายมือแพทย์อ่านยาก เขียนไม่ชัดเจน เขียนชื่อยาโดยใช้อักษรย่อ ที่ไม่เป็นไปตามหลักสากล</p>	<p>วิธีการแก้ไขปัญหา/ ลดความเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เกสเซอร์ หรือ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เขียนโน้ตไว้ ที่ Drug Profile และ Doctor's order sheet เพื่อให้เภสัชกร ที่เข้ติดผู้ป่วยในวันถัดไป สอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัวจากผู้ป่วย หรือญาติอีกครั้ง</li> <li>2. ทวนสอบชื่อกับแพทย์ โดยโทรสอบถามแพทย์ กรณีที่แพทย์เขียน order ไม่ชัดเจน พร้อมทั้งเขียนเป็น Pharmacist Note ระบุว่าโทร consult แพทย์ชื่ออะไร แจ้งระบุ ยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลง order อย่างเป็นบ้าง</li> </ol>
2	สอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัว และสถานที่รับยาของผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยาเดิมที่นำมาไม่ครบทุกรายการ</li> <li>2. ยาเดิมที่นำมา ไม่มีชื่อยา ไม่มีผลชื่อยา ทำให้ไม่ทราบวิธีการกินยา</li> <li>3. ยาเดิมของผู้ป่วยไม่มีใบยื้อชื่อยาของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น</li> <li>4. ผู้ป่วยไม่มีญาติติดตามมาด้วย</li> <li>5. บางครั้งไม่สามารถตามประวัติยาเดิมได้ เนื่องจาก รับประทานคลินิกที่ไม่มีชื่อยาสามารถระบุไว้ที่ซองยา หรือยาสมุนไพร อาหารเสริมที่ไม่ทราบชื่อ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เกสเซอร์ตรวจสอบรายการยาในใบ MR และสอบถามประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยทุกเคส</li> </ol>

ที่	ฝั่งกระบวนการ	ปัญหา/ ความเสี่ยงสำคัญที่พบในการปฏิบัติงาน	วิธีการแก้ไขปัญหา/ ลดความเสี่ยง
3	ศักยภาพการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย ในระบบ HosXP	1. เภสัชกร หรือ เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม คีย์ประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย ในระบบ HosXP ไม่ถูกต้อง เช่น ชื่อยา ไม่ถูกต้อง ขนาดยาไม่ถูกต้อง วิธีใช้ไม่ถูกต้อง	1. เภสัชกร หรือ เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม ตรวจสอบและทบทวนข้อมูลที่อยู่ในระบบ HosXP ซ้ำกับประวัติการรับยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย
4	ปรีนทีไบ MR ตรวจสอบ และเขียนลงข้อมูล ในใบ MR ให้ครบถ้วน	1. ระบบ HOSXP เกิดข้อขัดข้อง ทำให้ปรีนทีไบ MR ไม่ได้ 2. เครื่องปรีนทีไบขัดข้อง หรือหมึกเดิมเครื่องปรีนทีไบหมด ทำให้ปรีนทีไบ MR ไม่ได้	1. ประสานงานไปยังกลุ่มงาน IT เพื่อให้ทำการแก้ไขระบบ HOSXP ให้สามารถปรีนทีไบงานได้ตั้งเดิม 2. ประสานงานไปยังฝ่ายพัสดุเพื่อส่งซ่อมเครื่องปรีนทีไบที่ชำรุด หรือเบิกหมึกเดิม เครื่องปรีนทีไบใหม่

#### 14. บรรณานุกรม

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2558).มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับทดลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

คณะทำงาน Medication Reconciliation โรงพยาบาลสิริราช.(2551).ความหมายและความสำคัญของ Medication Reconciliation

สืบค้นจาก [http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/Background\\_2.pdf](http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/Background_2.pdf)  
อภิฤดี เหมะจุฑา, อ้นทิกา ชี้อตรง.(2559).MEDICATION RECONCILIATION มาตรการเพิ่มความปลอดภัยใน ระบบยา

ศทามาศ แซ่ฝ้าง.(2553). Medication Reconciliation กับมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ

ภาคผนวก



บันทึกคำสั่งแพทย์ (Doctor's Prescription)  
Wangnumyen Hospital

Progress note			For One Day	For Continuation	
Date	Time	Note	Orders	Orders	
Date.....	Time.....	S..... ..... O..... ..... A..... ..... P..... ..... signature.....			
Date.....	Time.....	S..... ..... O..... ..... A..... ..... P..... ..... signature.....			
Date.....	Time.....	S..... ..... O..... ..... A..... ..... P..... ..... signature.....			
Name of Patient			Age	Hospital Number	Admission number
Department of Service			Ward	Room/Bed	Attending physician

แบบบันทึกการให้ยาผู้ป่วย (Drug Profile)

หน้าที่ 1/1

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ผู้รายงาน : นิตารัตน์ บุรีศรี

ชื่อและขนาดยา	วิธีการใช้	วันเดือน						
		27/01	28/01	29/01	30/01	31/01	1/02	2/02
1 [S ]POTASSIUM CHLORIDE ELIXIR 500 mg/5 ml	15 po stat รับประทานครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ (15 ซีซี) วันที	1						
2 [S ]DEXAMETHASONE***4 mg./ml.	4 iv q8h statฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 4 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง 2	3						
3 [C ]SALMETERAL 25 mcg + FLUTICASON E 125	0 mdi2 bid m2 กดหน้ายา 2 ที หรือสูดเข้าอก ท้างกัน 1-2 1.	0						
4 [C ]THEOPHYLLINE***200 mg.	1 po bid pc2 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร	2						
5 [C ]Roxithromycin (Rulid)***150 mg	1 po bid ac2 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร	2						
ลงชื่อผู้รับ Order								
ลงชื่อผู้จ่ายยา								
ลงชื่อผู้ตรวจสอบ								
ลงชื่อผู้จ่ายยา								

ชื่อ: [redacted] HN [redacted] AN [redacted]

เพศ: ชาย อายุ: 39 ปี 5 เดือน

ศีก: ศึกษาลวใน 2 ที่ชมรวม 2 S24

น้ำหนัก: 75 กิโลกรัม

ประวัติแพ้ยา:

โรคเรื้อรัง: โรคหอบหืด (Asthma)

แพทย์ผู้รับผิดชอบ: นพ. วสุวัต จรัสวงษ์กุล

วันที่รับเข้า: 25 มกราคม 2562

สิทธิการรักษา: ประกันสังคม วพร. สระแก้ว

ญาติผู้ป่วย  ไม่มาหาเคมมา  ไม่มีญาติ

นำญาติมา (ระบุแหล่ง).....

ช่อง.....

MR  ไม่มีรายการยาทำ MR

ทำ (แหล่งข้อมูล).....

Pharmacist note .....

วันที่พิมพ์รายงาน 27 มกราคม 2562 เวลา 12:19:00 น.

แบบบันทึกประวัติการใช้ยาเดิมผู้ป่วย โรงพยาบาลวังน้ำเย็น  
Medication Reconciliation Form Wanguemyen Hospital  
Principle Dx

วันที่รับยา 25/01/2019  
วันที่ตัดไป 28/02/2019

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ ตฤก <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> อายุ 39 ปี 5 เดือน HN <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> AN <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> ส่วนสูง 165 cm. น้ำหนัก 75 kg. ประวัติแพ้ยา วันที่ admit 25 มกราคม 2562 <input type="radio"/> ไม่มียาเดิม <input type="radio"/> นำยาเดิมมาด้วย(ระบุแหล่ง)..... <input type="radio"/> ไม่นำยาเดิมมา	สมุนไพร <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ได้แก่..... วิตามิน/อาหารเสริม <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ได้แก่.....
--	---

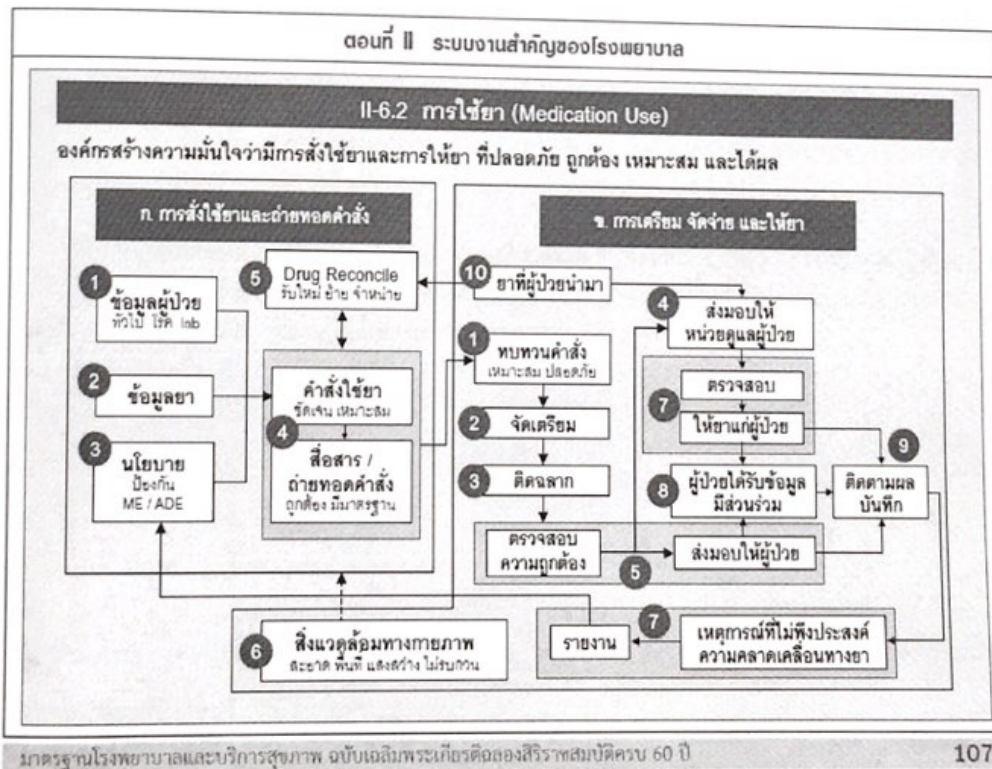
รายการยาที่ได้รับในวันที่มารพ. (รวมถึงสมุนไพร วิตามินและอาหารเสริม)

ลำดับ	รายการยา	กำลังยาในโรงพยาบาล					กำลังยากลับบ้าน		
		สั่งต่อ	เปลี่ยน	หยุด	hold	consul	สั่งต่อ	เปลี่ยน	หยุด
1	SALMETERAL 25 mcg + FLUTICASON E 12.5 mc mdI22(ห้ามใช้ 2pu(1*bid) งดทานยา 2 ที พร้อมสูดยาเข้าลำคอ	2							
2	THEOPHYLLINE*** 200 mg. เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าเย็น	70							
3	BERODUAL MDI 20+50 mcg. ขวด MDI (200 dose mdI2q4pm( ห้ามทานเมื่อหอบ,ทุก 4 ชั่วโมง)	1							

ผู้ป่วยมาที่ admit. โดยวิธีใด (วิธี) ..... ลงชื่อ.....  
 วันที่ admit. 27 มกราคม 2562 เวลา 12:18:51  
 ผู้บันทึก discharge..... วันที่..... เวลา.....  
 ปัญหา Consult  
 ไม่มีข้อสงสัยที่ควรรับ  ใ้ดยที่เจอให้แค่ไม่มีข้อบ่งชี้ในปัจจุบัน  
 ขนาดยาความถี่ต่างจากเดิม  ใ้ดยที่มีข้อห้ามใช้  
 ขนาดยาความถี่ไม่เหมาะสม  ใ้ดย/กลุ่มยาที่ขอเห็น  
 ใ้ดยขาดต่างจากเดิมไม่เหมาะสม  route ไม่เหมาะสม  
 ใ้ดยกลุ่มเดียวกัน ใ้ดยไม่จำเป็น  
 ใ้ดยใ้ดยเดิมแต่ใ้ดยอื่นที่ใช้วิธีการโรคเดียวกันโดยไม่มีเหตุผล  
 ระเบียบแพทย์เจ้าของไข้ ..... บท.ว.ว.ส.จ.ร.ต.ม.ค.อ.ค. ลงชื่อ.....  
 วันที่..... เวลา.....

วันที่ / เวลา	Note	ลงชื่อ

แหล่งที่มาของข้อมูล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 คำผู้ป่วยแจ้ง  ยาที่แจ้ง  ใบส่งตัว  สมุดประจำตัวผู้ป่วย  ยาเดิม  
 รูปถ่าย HOSP  โทรสอบถามจาก.....  อื่นๆ.....  
 ผู้บันทึกชื่อ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

## II-6.2 การชื้อยา (MMS.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งซื้อยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.

ก. การสั่งซื้อยาและถ่ายถอดคำสั่ง

- (1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป<sup>107</sup>, การวินิจฉัยด้วยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา, และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น<sup>108</sup>.
- (2) มีข้อมูลยาที่จำเป็นในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (3) องค์กรจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความผิดพลาด / คลาดเคลื่อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งซื้อยา และการถ่ายถอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ, ควบคุมการรวบรวมรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา<sup>109</sup>, การรวมตัวเป็นพิเศษสำหรับยาที่คล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน, มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา<sup>110</sup> และการป้องกันการให้ยาที่มีอันตรายรุนแรง.

<sup>107</sup> ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

<sup>108</sup> ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

<sup>109</sup> นโยบายการรวบรวมรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา เช่น เงื่อนไขการระบุชื่อการค้าหรือชื่อทั่วไป, เงื่อนไขที่ต้องระบุข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

<sup>110</sup> มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา เช่น การใช้คำสั่ง PRN, การใช้คำสั่งยีน, การใช้คำสั่งหยุดยัดโนมิส, การใช้คำสั่งเติมต่อ, การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา, การใช้คำสั่งลดยา, การใช้คำสั่งที่ระบุพิเศษ, การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย, การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา, การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง, การสั่งยามุนไพรม, การสั่งยาเมื่อจำหน่าย

112

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติของสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

Active  
Go to P

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายถอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการกำหนดมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน<sup>111</sup>. มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งใช้ยาที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้าให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) มีการบูรณาการในการระบุปัญหาการยาที่ผู้ป่วยได้รับ<sup>112</sup>อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้ปัญหามาใช้ในการให้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ. มีการเปรียบเทียบปัญหาการยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ / หรือ จำหน่าย.

<sup>111</sup> มาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน เช่น การสั่งโดยวาจา ด้วยที่ไม่ควรใช้

<sup>112</sup> การระบุปัญหาการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติของสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

113

Active  
Go to P



## คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

กระบวนการ การจัดทำ Medication reconciliation (MR)  
ของผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ของ .....โรงพยาบาลวังน้ำเย็น.....

โดย

กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมฯ	ลงชื่อ.....	ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 25 มิถุนายน 2562
ผู้ตรวจสอบ	ลงชื่อ.....	ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 28 มิถุนายน 2562
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ลงชื่อ.....	ปรับปรุงครั้งที่ 1 วันที่ 1 กรกฎาคม 2562