

โรงพยาบาลปากพนัง





กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบปฏิบัติ	เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		
รหัสเอกสาร :	เริ่มใช้ : ๑ เมษายน ๒๕๖๒	แก้ไขครั้งที่ : ๑	จำนวนเนื้อหา : ๑๐ หน้า

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

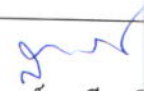
ผู้รับผิดชอบ		ลงชื่อ	วัน เดือน ปี
จัดทำโดย	กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน		
ทบทวนโดย	คณะกรรมการเภสัชกรรมและการ บำบัด (PTC)		
อนุมัติโดย	นายแพทย์สมเกียรติ วรยุทธการ		

บันทึกการแก้ไข

ฉบับที่	วันที่มีผลบังคับใช้	วันที่ยกเลิก
๑	๑ เมษายน ๒๕๕๗	๑ เมษายน ๒๕๕๘
๒	๑ เมษายน ๒๕๕๘	๑ เมษายน ๒๕๖๒
๓	๑ เมษายน ๒๕๖๒	

สำเนาฉบับที่ : .....

เอกสารฉบับ  ควบคุม  ไม่ควบคุม

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P - PTC -		หน้า ๑	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ :  (นายแพทย์สมเกียรติ วรยุทธการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

### ๑.วัตถุประสงค์

เพื่อทราบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา และใช้เป็น ข้อมูล ป้อนกลับนำไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุและวิธีแก้ไข เพื่อสร้างระบบความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วย

### ๒.เป้าหมาย

๑. อัตราคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (Dispensing error: OPD) < 1 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา
๒. อัตราคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผู้ป่วยนอก (Administration error: OPD) < 5 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา
๓. อัตราคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (Dispensing error: IPD) < 10 ครั้ง/1000 วันนอน
๔. อัตราคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผู้ป่วยใน (Administration error: IPD) < 5 ครั้ง/1000 วันนอน และ ไม่เกิน category D ทุกข้อ

### ๓.คำจำกัดความ

**ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)** คือ เหตุการณ์ใด ๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย

**ความคลาดเคลื่อนทางยา** สามารถแบ่งเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่


๑. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา (Prescribing error)
๒. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งจ่ายยา (Transcribing error or translation error)
๓. คลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)
๔. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Administration error)

### คำนิยาม

**Prescribing error** หมายถึง การเลือกจ่ายยาผิด การเลือกขนาดยาผิด การเลือกรูปแบบยาผิด การสั่งยาในจำนวนที่ผิด การเลือกวิถีทางให้ยาผิด การเลือกความเข้มข้นของยาผิด การเลือกอัตราเร็วในการให้ยาผิด การเลือกความเข้มข้นความยาผิด หรือการให้คำแนะนำในการใช้ยาผิด การสั่งจ่ายยาผิดตัวผู้ป่วย หรือการไม่ระบุชื่อยา ความแรง ความเข้มข้น ความถี่ของการใช้ยา ที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ส่งถึงตัวผู้ป่วย

**Transcribing error** หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของกระบวนการคัดลอกคำสั่งจ่ายยาจากคำสั่งจ่ายยาต้นฉบับที่ผู้สั่งจ่ายยาเขียน (ไม่ได้คัดลอก หรือคัดลอกผิด)

**Dispensing error** หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา ที่ทำให้จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งจ่ายยา ได้แก่ ผิดชนิดยา รูปแบบยา ความแรงของยา ขนาดยา วิธีใช้ยา จำนวนยาที่สั่งจ่าย จ่ายผิดตัวผู้ป่วย จ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ จ่ายยาที่ไม่มีคำสั่งจ่ายยา เครียมยาผิด ใช้ภาชนะบรรจุไม่เหมาะสม ผิดยาผิด ชื่อผู้ป่วยผิด ชื่อยาผิด

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P – PTC –		หน้า ๒	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ :  (นายแพทย์สมเกียรติ วรยุทธการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	


**Administration error** หมายถึง การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา

**การจัดกลุ่มผลของความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีต่อผู้ป่วย**

- A. หมายถึง ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้
- B. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย
- C. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว
- D. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
- E. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
- F. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
- G. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
- H. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)
- I. หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

**๔. ผู้รับผิดชอบ**

๑. แพทย์และ/ หรือบุคลากรอื่นที่ เป็นผู้สั่งใช้ยา เป็นผู้ประเมินอาการและทบทวนประวัติของผู้ป่วยก่อนว่าสมควรจะได้รับยาใด รูปแบบใด วิธีทางใด จึงจะเหมาะสม และติดตามอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อยาที่ได้รับ และการปรับเปลี่ยนชนิดของยา ขนาด ความถี่ของการได้รับยาตามความจำเป็น และเขียนใบสั่งยาอย่างชัดเจน หรือสั่งยาผ่านระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ผู้ที่ต้องดำเนินการในขั้นตอนต่อไปปฏิบัติได้ตรงตามความต้องการ

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P - PTC -		หน้า ๓	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ :  (นายแพทย์สมเกียรติ วรยุทธการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

๒. เภสัชกร มีหน้าที่จัดซื้อยาตามนโยบาย จัดเก็บ เตรียม และกระจายยา ตลอดจนให้ข้อมูลเรื่องยา แก่ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่ประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา เมื่อเกิดความสงสัยในขนาดยา วิถีทางการให้ยา ความถี่ในการใช้ยา หรือประวัติการแพ้ยา ต้องสอบถามผู้สั่งใช้ยาให้เกิดความชัดเจนก่อนการจ่ายยาทุกครั้ง การตรวจสอบยาก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยนอกและก่อนการส่งยาขึ้นบนหอผู้ป่วยควรมีความชัดเจนและปฏิบัติต่อเนื่อง มีการบันทึกข้อผิดพลาดที่เป็นระบบ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับระบบการทำงานเพื่อลดข้อผิดพลาด

๓. พยาบาล มีหน้าที่ตรวจสอบยาที่เภสัชกรส่งมาที่หอผู้ป่วยว่าถูกต้องตามที่ผู้สั่งใช้ยาต้องการหรือไม่ และมีระบบการตรวจสอบซ้ำ พร้อมทั้งสอบถามการแพ้ยาของผู้ป่วยอีกครั้งว่าแพ้ยาดังกล่าวหรือไม่ คู่มือการของผู้ป่วยในช่วงเวลานั้นว่าสมควรได้รับยาที่สั่งในมือนั้นต่อเนื่องหรือไม่หรือควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาได้รับทราบอาการก่อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดจับปัญหาที่มาจากจุดอื่นในกระบวนการใช้ยา และสามารถช่วยป้องกันปัญหาที่จะเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการให้ยาแก่ผู้ป่วย

#### ๕. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

##### ข้อมูลที่จำเป็นในใบสั่งยา

๑. ชื่อ และนามสกุล และ Hospital number (HN) ของผู้ป่วย
๒. ข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย เช่น อายุ, น้ำหนัก ( โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก )
๓. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผลการตรวจระดับน้ำตาล ระดับไขมัน และค่า INR ( กรณีผู้ป่วยได้รับ Warfarin ) เป็นต้น
๔. วัตถุประสงค์ของการสั่งใช้ยา หรือผลการวินิจฉัยโรค ทำให้เภสัชกร พยาบาล และผู้ป่วยแน่ใจได้ว่าได้รับยาถูกต้อง
๕. ประวัติการแพ้ยา
๖. ลายมือชื่อผู้สั่งใช้ยา

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P - PTC -		หน้า ๔	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ : (นายแพทย์สมเกียรติ วรรณฤกษ์) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

### การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและการคัดลอกคำสั่งใช้ยา

๑. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรมีความคุ้นเคยกับระบบการใช้ยาของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ตนปฏิบัติงาน เช่น รายการยาของโรงพยาบาล (โดยมีบัญชียาโรงพยาบาล) เมื่อมีการสั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ จะใช้ความแตกต่างของสีในการกำหนดประเภทยาเพื่อกระตุ้นเตือน/ ให้ผู้สั่ง เช่น สีเหลือง หมายถึง รายการยาในบัญชี ง. ของบัญชียาหลักแห่งชาติ สีชมพู หมายถึง วัตถุออกฤทธิ์ สีส้ม หมายถึง ยาความเสี่ยงสูง สีน้ำเงิน หมายถึง ขานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาล เป็นต้น ยาที่จำกัดการใช้เฉพาะผู้สั่งใช้ยาเฉพาะกลุ่ม คำย่อในคำสั่งใช้ยาที่โรงพยาบาลอนุญาตให้ใช้ และระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาล

๒. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรมีข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลยาอย่างครบถ้วนก่อนสั่งใช้ยา เพื่อให้การสั่งใช้ยา มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด โดยเฉพาะประวัติการแพ้ยา เพื่อป้องกันการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้มาก่อน และประวัติยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นประจำ เพื่อหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยากับยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ก่อนแล้ว มีระบบเตือนในคอมพิวเตอร์เมื่อมีการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่นยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ยาที่ต้องระวังในผู้ป่วย G-6-P-D ยาที่มี Fatal drug Interaction ขนาดการใช้ยาในเด็ก การใช้ยาในหญิงมีครรภ์ ข้อบ่งใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา

๓. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนคำสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่อ่านง่าย หรืออาจใช้คำสั่งที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า หรือสั่งใช้ระบบ การสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์ ซึ่งการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์จะทำให้แยกความแตกต่างในรายการที่มีชื่อพ้องมอกคล้าย โดยใช้ตัวอักษร Tallman letter เช่น Metformin 500 mg กับ \*\*\*\*METFORMIN 850 MG\*\*\*\*

๔. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนคำสั่งใช้ยา ไม่ควรออกคำสั่งใช้ยาทางวาจา ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินและไม่สามารถเขียนคำสั่งใช้ยาได้ และหากมีการสั่งยาโดยวาจา ผู้สั่งใช้ยาต้องกลับมาทบทวนคำสั่งใช้ยาพร้อมลงลายมือชื่อกำกับให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และต้องไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมงนับจากสั่งใช้ยา

๕. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างสมบูรณ์

๖. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนข้อบ่งใช้ประกอบการเขียนคำสั่งใช้ยา ยกเว้น ผู้สั่งใช้ยาจะเห็นว่าไม่เหมาะสมในการระบุข้อบ่งใช้

๗. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรใส่ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการประกอบการเขียนคำสั่งใช้ยา เช่น น้ำหนักตัวของผู้ป่วย อายุของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น

๘. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาไม่ควรเขียนเลข “ 1 ” ตามหลังจุดทศนิยม ( เช่น 1.0 ) แต่ควรเขียนตัวเลข “ 0 ” นำหน้าจุดทศนิยมในกรณีที่น้อยกว่า “ 1 ” ( เช่น 0.1 )

๙. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรเขียนขนาดและความแรงของยาโดยระบบเมตริก ยกเว้นยาบางชนิดซึ่งใช้ระบบอื่นอย่างแพร่หลาย และไม่ควรเขียนหน่วยของขนาดยาแบบย่อ

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P - PTC -		หน้า ๕	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ : (นายแพทย์สมเกียรติ วรยุทธการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

๑๐. แพทย์ ผู้สั่งใช้ยาไม่ควรใช้ตัวย่อในส่วนต่าง ๆ ของคำสั่งใช้ยา รวมทั้งชื่อยาและไม่ควรเขียนภาษาละตินในการเขียนวิธีการใช้ยา

๑๑. จัดทำรายการยาห้ามข่อย และคำย่อมาตรฐานของยาในโรงพยาบาล

๑๒. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรปฏิบัติตามได้ตลอดเวลาที่มีปัญหาเกี่ยวกับคำสั่งใช้ยาที่เขียน

๑๓. มีระบบการใช้สำเนา Doctor order sheet เพื่อเภสัชกรได้ทบทวนคำสั่งการใช้ยาโดยไม่ต้องคัดลอกคำสั่งใช้ยา

#### การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

๑. เภสัชกรผู้จ่ายยาควรมีความคุ้นเคยกับระบบการสั่งยา นโยบาย และกระบวนการจ่ายยาและเวชภัณฑ์อื่นในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงาน

๒. เภสัชกรควรมีแหล่งข้อมูลทางยาในด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและการใช้ยาที่เหมาะสม

๓. เภสัชกรควรพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้ถูกต้องทันสมัยเสมอ

๔. บริเวณจัดเตรียมยาควรเอื้อให้เกิดความถูกต้องในการเตรียมยา

๕. การจัดเรียงยาในชั้นวางยาต้องแยกความแตกต่างที่ชัดเจน

๖. เภสัชกรควรมีข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน เพื่อสามารถประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา

๗. เภสัชกรควรทบทวนคำสั่งใช้ยาด้านฉบับ ประเมินความเหมาะสมของยาที่ถูกจ่ายไม่สรุปหรือคาดเดาหากมีข้อสงสัยในคำสั่งใช้ยา ควรติดต่อผู้สั่งใช้ยาเพื่อทำความเข้าใจแก้ปัญหาร่วมกันก่อนจัดจ่ายยา

๘. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมต้องทบทวนเหตุการณ์และตรวจสอบยาหากมียาถูกส่งคืนมาและแจ้งให้เภสัชกรทราบ

๙. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมต้องอ่านฉลากยาอย่างน้อย ๓ ครั้ง เมื่อเลือกหรือหยิบยา เมื่อจัดยาหรือใช้ยา และเมื่อเก็บยาคืนที่ ในทุกขั้นตอนจะต้องมีใบสั่งยาหรือ drug profile ฉลากยา และยาที่ต้องการอยู่ด้วยกันเพื่อให้สามารถมองเห็นและตรวจสอบได้ตลอดเวลา

#### ๑๐. ขั้นตอนการจ่ายยา

กรณีการจ่ายยาผู้ป่วยนอก การจ่ายยาจะมีระบบคิว เพื่อป้องกันการจ่ายยาผิดคน ก่อนจ่ายยามีการตรวจสอบซ้ำ ให้ผู้ป่วยกล่าวชื่อ - สกุลตนเอง เภสัชกรสอบถามประวัติแพ้ยาผู้ป่วยทุกราย สอบถามอาการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี สอบถามโรคประจำตัว เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับกับยาที่แพทย์สั่งจ่าย และจ่ายพร้อมให้คำแนะนำที่ครบถ้วนพอเพียง

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P – PTC –		หน้า ๖	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ : (นายแพทย์สมเกียรติ วยุทธการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

กรณีการจ่ายยาผู้ป่วยใน การจ่ายยาจะใช้รูด daily dose ไปยังแต่ละหอผู้ป่วย พยาบาลที่หอผู้ป่วยตรวจสอบยาในรูดของผู้ป่วยแต่ละราย และประสานกับแพทย์/ พยาบาลมีความสงสัย/หรือข้อผิดพลาด และเมื่อแลกเปลี่ยนรูดยา กลับมาที่ห้องจ่ายยา เภสัชกรจะมีการตรวจสอบยาที่เหลือในรูด ถ้าหากมียาเหลือคืนมาโดยที่แพทย์ยังไม่มีคำสั่งหยุด เภสัชกรจะประสานกับพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหา

๑๑. เมื่อส่งมอบยาให้ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่บ้าน เภสัชกรควรแนะนำเกี่ยวกับยาให้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแล
๑๒. ผู้จ่ายยาควรเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาทุกครั้งที่พบ ไม่ว่าจะเป็ความคลาดเคลื่อนที่เกิด ขึ้นจริงหรือมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงาน
๑๓. จัดทำบัญชีรายการยาชื่อพ้อง – มองคล้ายของ โรงพยาบาลพร้อมและทบทวนปีละ ๑ ครั้ง
๑๔. จัดทำบัญชีรายการยาที่ต้องเก็บในอุณหภูมิ ๒-๘ °C สื่อสารและแจกจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและแนวทางปฏิบัติเมื่ออุณหภูมิไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อความคงตัวของยา
๑๕. รวบรวมปัญหาจากการใช้ยาที่เจ้าหน้าที่สอบถามบ่อย ๆ มาจัดทำเป็นคู่มือ เช่นการใช้ยาห้ามบด ห้ามแบ่ง การใช้ยาฉีดที่มีอาการข้างเคียงที่รุนแรง

#### การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

๑. พยาบาลผู้ให้ยาควรมีความคุ้นเคยกับระบบการใช้ในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงาน
๒. พยาบาลผู้ให้ยาควรมีข้อมูลเรื่องโรคและการรักษา ข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลยาอย่างครบถ้วนก่อนเตรียมยา และให้ยา เพื่อให้การให้ยามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด
๓. มีฉลากที่ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น วันเวลาที่เปิดใช้ครั้งแรก และวันหมดอายุ ในกรณียา Multiple dose เช่น Dexamethasone inj
๔. การเตรียมยา จะติดฉลากชื่อยา ชื่อผู้ป่วย ขนาดยา วิธีบริหารยาที่ระบอบกฉิดยา มีระบบการตรวจสอบซ้ำ โดยพยาบาลอีกคน
๕. การบริหารยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามผู้ป่วยและต้องให้ผู้ป่วย ระบุชื่อตนเอง พยาบาลสอบถามข้อมูล การแพ้ยา โรคหรืออาการที่มารับการรักษาครั้งนี้ และโรคประจำตัวทุกครั้ง พยาบาลผู้บริหารยาลงเวลา real time พร้อมลงลายมือชื่อผู้ให้ยา
๖. สภาพแวดล้อมในการให้ยาควรเอื้ออำนวยให้เกิดความถูกต้องในการให้ยา

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P – PTC –		หน้า ๗	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ : (นายแพทย์สมเกียรติ วรยุทธการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

๗. พยาบาลผู้ให้ยาควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการติดต่อประสานการทำงานทั้งแพทย์และเภสัชกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีปัญหาหรือคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา เนื่องจากผู้ให้ยาเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด

๘. พยาบาลผู้ให้ยาควรทบทวนคำสั่งใช้ยาฉบับจริงอีกครั้งก่อนให้ยาครั้งแรก และเปรียบเทียบกับยาที่ได้จากกลุ่มงานเภสัชกรรม ผู้ให้ยาไม่ควรให้ยาจนกว่าจะเข้าใจถ่องแท้ถึงคำสั่งใช้ยา นอกจากนี้ผู้ให้ยาควรตรวจสอบลักษณะทั่วไปของยา วันหมดอายุของยา หากมีข้อสงสัยควรสอบถามเภสัชกรก่อนให้ยาทุกครั้ง

๙. ผู้ให้ยาควรตรวจสอบผู้ป่วยให้ตรงกับยาที่ควรได้รับก่อนให้ยาทุกครั้ง และควรสังเกตผู้ป่วยหลังได้ยาไประยะหนึ่ง

๑๐. กรณีต้องอาศัยการคำนวณในการให้ยา ผู้ให้ยาควรตรวจสอบผลที่ตนคำนวณได้กับพยาบาลคนอื่นทุกครั้ง

๑๑. ผู้ให้ยาควรให้ยาตรงตามเวลาที่กำหนดในคำสั่งใช้ยา และหลังจากให้ยาแล้วควรลงบันทึกการให้ยาทันที

๑๒. ผู้ให้ยาไม่ควรยืมยาของผู้ป่วยคนอื่น หรือนำยาที่เหลือมาใช้ก่อน

๑๓. หากมีการสั่งใช้ยาในปริมาณหรือขนาดสูงกว่าปกติ ผู้ให้ยาควรตรวจสอบกับผู้สั่งใช้ยาหรือเภสัชกรก่อนให้ยา

๑๔. ผู้ให้ยาควรรอดูผลการรักษา และอาการอันไม่พึงประสงค์หลังจากให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้วสักระยะ

#### ๖. ตัวชี้วัด

๑. อัตราคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก (Prescribing error: OPD)

๒. อัตราคลาดเคลื่อนจากการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก (Transcribing error: OPD)

๓. อัตราคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา ก่อนจ่ายยาผู้ป่วยนอก (Pre-dispensing error: OPD)

๔. อัตราคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (Dispensing error: OPD)

๕. อัตราคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนให้ยาผู้ป่วยนอก (Pre-administration error: OPD)

๖. อัตราคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผู้ป่วยนอก (Administration error: OPD)

๗. อัตราคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน (Prescribing error: IPD)

๘. อัตราคลาดเคลื่อนจากการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน (Transcribing error: IPD)

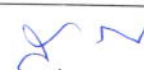
๙. อัตราคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา ก่อนจ่ายยาผู้ป่วยใน (Pre-dispensing error: IPD)

๑๐. อัตราคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (Dispensing error: IPD)

๑๑. อัตราคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนให้ยาผู้ป่วยใน (Pre-administration error: IPD)

๑๒. อัตราคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผู้ป่วยใน (Administration error: IPD)



โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P – PTC –		หน้า ๘	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ :  (นายแพทย์สมเกียรติ วรรณการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

๘. ภาคผนวก

๑. คำห้ามยี่ห้อที่ไม่ควรใช้ในโรงพยาบาล ปากพนัง
๒. รายการยาคำย่อที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลปากพนัง
๓. แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังยาที่คล้ายคลึงคล่อง

ภาคผนวก

๑. คำห้ามยี่ห้อที่ไม่ควรใช้ในโรงพยาบาล ปากพนัง

ยาที่พบว่าเป็นสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ตัวย่อ สัญลักษณ์ รูปแบบการสั่งใช้	ปัญหาที่อาจพบ	คำแนะนำในการสั่งใช้
A10	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	ให้เขียนเป็น Amitriptyline 10 mg
CPZ	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	ให้เขียนเป็น Chlorpromazine
SK	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	ให้เขียนตัวเต็ม Streptokinase
DXT	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	Dextro, Dextromethophan
RND	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	Ranitidine
E5, E20	เข้าใจผิดเป็น B6	Enalapril 5, 20 mg
DA	ไม่ใช่ตัวย่อสากล	Dopamine
การเขียนผสมยาเป็นอัตราส่วน เช่น 1:1, 2:1, 1:10	ผู้รับคำสั่งอาจแปลความหมายผิดพลาด ไม่ตรงตามที่แพทย์ต้องการ	ให้ระบุปริมาณยาที่ต้องการเช่น หน่วย mg และปริมาตรสารน้ำที่ต้องการเป็น ml
Q.D.	อาจถูกมองเป็น “ QID ”	ให้ระบุเป็น OD
A.D., E.O.D, Q.O.D	อาจเข้าใจผิดเป็น O.D.	ให้ระบุเป็นวันเว้นวัน
คำย่อ u	อาจคล้าย 0, 4 หรือ cc	ให้เขียนเป็น unit
คำย่อ cc	อาจแปลความหมายผิดพลาดเป็น 100 เท่า ของขนาดยาที่ใช้	ให้เขียนเป็นหน่วย ml
การเขียน 0 หลังจุดทศนิยม และไม่เขียน 0 หน้าจุดทศนิยม	อาจแปลความหมายผิดพลาดไป 10 เท่า ของขนาดยาที่สั่งใช้	ไม่เขียน 0 หลังจุดทศนิยม เช่น 1 เขียน 0 หน้าจุดทศนิยม เช่น 0.1
µg	อาจคล้าย mg	เขียนเป็น mcg
MKD	เกิดความคลาดเคลื่อนเป็น mg/ kg/dose หรือ mg/kg/day	MK day หรือ MK dose

โรงพยาบาลปากพนัง		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P - PTC -		หน้า ๘	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ : (นายแพทย์สมเกียรติ วรรณการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง	

๒. รายการยาคำย่อที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลปากพนัง

คำย่อ	ความหมาย
2G ( GG )	Guaifenesin ( glyceryl guaiacolate )
2 - PAM	Pralidoxime
3 TC	Lamivudine
ASA	Acetyl salicylic acid ( Aspirin)
AZT	Zidovudine
Alum milk	Aluminium + Magnesium Hydroxide + Simethicone susp.
B 1 - 6 - 12	Vitamin B 1- 6 - 12
CPM	Chlorpheniramine maleate
CaCO <sub>3</sub>	Calcium Carbonate
D <sub>2</sub> , D <sub>5</sub>	Diazepam (2), (5)
D4T	Stavudine
DDI	Didanosine
DMPA	Medroxyprogesterone
EFV	Efavirenz
ETB	Ethambutol
ERIG	Equine Rabies Immune Globulin
FSL, FeSO <sub>4</sub>	Ferrous Sulfate
HBV	Hepatitis B vaccine
HRIG	Human Rabies immunoglobulin
HCTZ	Hydrochlorothiazide
IDV	Indinavir
INH	Isoniazid
ISDN	Isosorbide dinitrate
KCL	Potassium Chloride

โรงพยาบาลปากพนัง	<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
ระเบียบปฏิบัติ : P – PTC –	หน้า ๑๐	ฉบับที่
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	ปรับปรุงครั้งที่ ๓	วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒
แผนก : PTC	ทบทวนทุก ๑ ปี	แผนกที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ : (นายแพทย์สมเกียรติ วรรณการ) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพนัง

คำย่อ	ความหมาย
MOM	Milk of magnesia
MTV	Mutivitamin
NaHCO <sub>3</sub>	Sodium bicarbonate
NPH	Insulin NPH
NSS	Normal saline
ORS	Oral dehydration salt
PGS	Penicillin G sodium
PTU	Propylthiouracil
PZA	Pyrazinamide
RI	Regular Insulin
TT	Tetanus Toxoid
TA	Triamcinolone

### ๓. แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังยาที่คล้ายเสียงคล่อง

Look Alike, Sound Alike Medication (LASA)

๑. ค้นหาและทบทวนรายการยา LASA ใน รพ. อย่างน้อยปีละครั้ง
๒. พิจารณา LASA ในกระบวนการจัดซื้อยาใหม่ของ รพ.
๓. จัดเก็บยาที่มีปัญหาไว้คนละแห่งกัน หรือไม่ใช้การเรียงลำดับตัวอักษร
๔. เน้นการระบุชื่อยาให้แตกต่างกันโดยใช้ตัวอักษรใหญ่
๕. ระบุทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้าลงบนฉลากยา
๖. ให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องการใช้และบรรจยา LASA
๗. จัดทำกลยุทธ์ที่จะป้องกันความสับสนจากคำสั่งยาที่อ่านหลายมือไม่ออก เช่น การใช้การพิมพ์คำสั่งใช้ยา
๘. สร้างความมั่นใจว่าทุกขั้นตอนการใช้ยาจะได้รับการดูแลโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติและสมรรถนะตามที่กำหนด
๙. ให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่อง ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ชื่อยา ทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้า และผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นไปได้
๑๐. จัดทำกลยุทธ์ที่ช่วยเสริมผู้ป่วยที่มีอุปสรรคด้านภาษาและความรู้ในการดูแลตนเอง