

| | | |
|---|---------------------------|----------------------|
| โรงพยาบาลปากพนัง | W ควบคุม W ไม่ควบคุม | |
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : | หน้า 1 | ฉบับที่ |
| เรื่อง : การส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (APR) ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพนัง | ปรับปรุงครั้งที่ 1 | วันที่ 1 ตุลาคม 2562 |
| แผนก : กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค | แผนกที่เกี่ยวข้อง : | |
| ผู้จัดทำ : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด | ผู้ทบทวน : | ผู้อนุมัติ |
| <p>เรื่อง : การส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพนัง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วย 2. เพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพซ้ำอันเนื่องจากการขาดข้อมูลส่งต่อ <p>ขอบข่าย ผู้รับบริการทุกรายที่รับบริการในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>ความรับผิดชอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เป็นผู้กำหนดนโยบาย ระบบและระเบียบปฏิบัติในการเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพและแนวทางการส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลปากพนัง 2. เภสัชกร เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการตั้งแต่รับแจ้ง APR ชักประวัติ ประเมิน ให้คำแนะนำผู้ป่วย ออกบัตรแพทย์และส่งต่อข้อมูล APR ให้แก่ รพ.สต. ในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพนัง 3. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. <ul style="list-style-type: none"> - กรณีพบผู้ป่วยที่สงสัยเกิด APR : เจ้าหน้าที่ชักประวัติผู้ป่วยตามแบบส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และส่งต่อข้อมูลกลับมายังกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค รพ.ปากพนัง - ลงข้อมูล APR ที่ได้รับการส่งต่อมาจาก รพ.ปากพนัง ในเวชระเบียนผู้ป่วยและบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ JHCIS <p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อพบผู้รับบริการที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ให้บริการต้องดำเนินการชักประวัติเบื้องต้นลงในแบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ทำ copy 2 ชุด) ดังนี้ | | |

| | | |
|--|------------------------------------|----------------------|
| โรงพยาบาลปากพูนัง | W ควบคุม W ไม่ควบคุม | |
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : | หน้า 1 | ฉบับที่ |
| เรื่อง : การส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (APR) ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพูนัง | ปรับปรุงครั้งที่ 1 | วันที่ 1 ตุลาคม 2562 |
| แผนก : กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค | แผนกที่เกี่ยวข้อง : | |
| ผู้จัดทำ : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด | ผู้ทบทวน : | ผู้อนุมัติ |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลแหล่งรายงาน <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบุชื่อผู้รายงานและวัน/เดือน/ปี ที่รายงาน 2. ระบุแหล่งที่รายงาน โดยระบุแหล่งที่รายงานให้ชัดเจน ● ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถติดต่อกลับไปยังผู้ป่วยได้ในกรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือแจ้งกลับข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบุชื่อ อายุ และเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยให้ชัดเจน 2. ระบุชื่อ อายุผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ป้า เป็นต้น ● ข้อมูลการซักประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบุข้อมูลส่งต่อ โดยทำข้อมูล <input checked="" type="checkbox"/> ลงในช่อง <input type="checkbox"/> กรณีส่งต่อข้อมูลประวัติแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์เดิม ให้ระบุชื่อยาที่แพ้หรือชื่อยาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์และอาการแพ้ยาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน พร้อมทั้งระบุแหล่งข้อมูลที่ได้ เช่น บัตรแพ้ยาจากโรงพยาบาล.....หรือประวัติเดิมจากการผู้ป่วยแจ้งประวัติ 2. ระบุประวัติแพ้ยา/อาหาร/ผลิตภัณฑ์อื่นๆโดยทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในช่อง <input type="checkbox"/> ทั้งนี้กรณีที่เคยมีประวัติแพ้ยา/อาหาร/ผลิตภัณฑ์อื่นๆมาก่อน ให้ระบุชื่อยา ลักษณะ สีเม็ดยา หรือข้อบ่งใช้ของยาดังกล่าว/ชนิดอาหาร/ชื่อผลิตภัณฑ์ที่เคยแพ้มาก่อน รวมทั้งอาการที่เกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินความน่าจะเป็นในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 3. ระบุชื่อยาทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้า วิธีใช้ยา วันที่เริ่มใช้ยา วันที่เริ่มใช้และวันที่หยุดใช้ยาที่ได้รับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาให้ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลที่สำคัญดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - กรณีที่ไม่ทราบชื่อยา ให้ระบุลักษณะ (เช่น ยาเม็ดเคลือบฟิล์ม/เคลือบน้ำตาล แคปซูลชนิดแข็ง/นิ่ม ยาน้ำเชื่อม ยาหยอดตา ยาหยอดหู ยาทาชนิดครีม ยาขี้ผึ้ง ยาผงชนิดละลายน้ำ เป็นต้น) - ระบุสีเม็ดยา - ระบุข้อบ่งใช้ของยา เช่น ใช้รักษาปวดข้อเข่า ปวดกระดูก ปวดท้อง ใช้ เจ็บคอ ท้องเสีย อาเจียน ปวดศีรษะ อาการบวม เป็นต้น | | |

| | | |
|---|---------------------|----------------------|
| โรงพยาบาลปากพ่อง | W ควบคุม | W ไม่ควบคุม |
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : | หน้า 1 | ฉบับที่ |
| เรื่อง : การส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (APR) ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพ่อง | ปรับปรุงครั้งที่ 1 | วันที่ 1 ตุลาคม 2562 |
| แผนก : กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค | แผนกที่เกี่ยวข้อง : | |
| ผู้จัดทำ : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด | ผู้ทบทวน : | ผู้อนุมัติ |

- ระบุวันและอาการที่เกิดอาการแพ้
- ระบุลักษณะการแพ้ โดยทำข้อมูล ลงในช่อง
 - กรณีที่เป็นผื่นผื่นหนัง ให้ระบุชนิดของผื่นที่เกิดขึ้นโดยดูภาพประกอบจากเอกสารผื่นแพ้ยาที่แจกให้ พร้อมทั้งระบุบริเวณที่เกิดผื่นและอาการร่วมที่สำคัญ โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ได้แก่ คัน, ปวดแสบปวดร้อน, มีไข้
 - อื่นๆ ให้ระบุรายละเอียดที่พบ เช่น รู้สึกใจสั่น ตัวแข็ง น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง มือสั่น เวียนศีรษะ หูอื้อ เดินเซ ทรงตัวไม่ดี หน้ามืดจะเป็นลม เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

2. ส่ง **สำเนา**แบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้โรงพยาบาล
3. มอบ **ต้นฉบับ** แบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ **ผู้ป่วย/รับบริการ**
4. จัดทำ **ฐานข้อมูลประวัติการแพ้ยา**ของผู้ป่วยแต่ละรายจากแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตอบกลับจากโรงพยาบาลโดยบันทึกลงในโปรแกรม JHCIS และติดสติ๊กเกอร์สีชมพูชื่อผู้ป่วยที่หน้าแฟ้มเวชระเบียนครอบครัว สติ๊กเกอร์ชื่อยาที่แพ้และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นที่เวชระเบียนของผู้ป่วย



| ผู้รับผิดชอบ | ผังการดำเนินงาน | เอกสารที่เกี่ยวข้อง |
|---------------------------------------|---|---|
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | -แบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>ส่งสำเนาแบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้โรงพยาบาล</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>มอบต้นฉบับแบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ผู้ป่วย/รับบริการ</p> </div> </div> | -แบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | -แบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | -แบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | -แบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ |
| -เภสัชกรที่ได้รับมอบหมายให้ติดตาม APR | | -แนวทางปฏิบัติเรื่อง การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ในโรงพยาบาล) |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | -แนวทางปฏิบัติเรื่อง การออกบัตรแพ้ยา/บัตรเตือนเรื่องยา/คำแนะนำในการใช้บัตรแพ้ยา |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | -แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ |
| -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | | -สติ๊กเกอร์สีชมพูสะท้อนแสง |

แบบส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ข้อมูลแหล่งรายงาน

ชื่อผู้รายงาน (นาย/นาง/น.ส.).....วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน.....
แหล่งรายงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.).....อายุ.....ปี เบอร์โทร.....
ชื่อผู้ให้ข้อมูล (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.).....อายุ.....ปี ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ข้อมูลการซักประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1. ข้อมูลที่ส่งต่อ

- ประวัติแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์เดิม : ชื่อยาที่แพ้/อาการไม่พึงประสงค์.....
อาการที่เกิดขึ้น.....แหล่งข้อมูล.....
- สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. เคยมีประวัติแพ้ยา/อาหาร/ผลิตภัณฑ์อื่นๆมาก่อนหรือไม่

- เคย, ระบุ.....เกิดอาการ.....
- ไม่เคย

3. ยาที่ได้รับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

| ชื่อยา(ชื่อสามัญ/ชื่อการค้า), ความแรง หากไม่ทราบชื่อยา ให้ระบุลักษณะ/สี/เม็ดยา | วิธีใช้หรือใช้รักษาอาการอะไร | วันที่เริ่มใช้ | วันที่หยุดใช้ |
|--|------------------------------|----------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

เกิดอาการแพ้ วันที่.....เวลา.....

ลักษณะการแพ้ ลักษณะผื่นผิวหนัง.....บริเวณ.....

คัน ปวดแสบร้อน มีไข้

อื่นๆ (ระบุรายละเอียดที่พบ).....

หมายเหตุ

- กรณีส่งต่อข้อมูลเดิม กรุณาพับเอกสารส่วนนี้ส่งไปบังประชาชนไปยังเภสัชกรโรงพยาบาล
- กรณีสงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ กรุณาแจ้งให้ผู้ป่วยนำยาที่ใช้อยู่พบแพทย์และเภสัชกรที่โรงพยาบาล

เรียน

เภสัชกรงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปากพนัง

อำเภอปากพนัง

จังหวัด นครศรีธรรมราช

80140

โรงพยาบาลปากพนัง



กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

| | | | |
|------------------------|---|-----------------|-----------------------|
| ระเบียบปฏิบัติ | เรื่อง : การส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (APR) ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพนัง | | |
| รหัสเอกสาร : P – PCT – | เริ่มใช้ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ | แก้ไขครั้งที่ : | จำนวนเนื้อหา : ๖ หน้า |

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (APR)
ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพนัง

| ผู้รับผิดชอบ | | ลงชื่อ | วัน เดือน ปี |
|--------------|---------------------------------------|--------|---------------|
| จัดทำโดย | กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค | | ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ |
| ทบทวนโดย | คณะกรรมการ PTC | | |
| อนุมัติโดย | นายแพทย์สมเกียรติ วรรณุทธการ | | |

บันทึกการแก้ไข

| ฉบับที่ | วันที่มีผลบังคับใช้ | วันที่ยกเลิก |
|---------|---------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

สำเนาฉบับที่ :

เอกสารฉบับ ควบคุม ไม่ควบคุม

