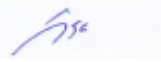


โรงพยาบาลแก่งคร้อ	
วิธีปฏิบัติงาน	เอกสารหมายเลข:
	เรื่อง : นโยบายด้านยา โรงพยาบาลแก่งคร้อ
	วันที่บังคับใช้ : 1 มีนาคม 2557
ผู้จัดทำ: คณะกรรมการ PTC	ผู้อนุมัติ :  (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแก่งคร้อ)

1. วัตถุประสงค์

- 1) ด้านการบริหารจัดการด้านยา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการบริหารของโรงพยาบาลแก่งคร้อ ทั้งในส่วนของระบบการบริหารจัดการ การคัดเลือกยา จัดซื้อยา การสำรองและการกระจายยา
- 2) ด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการบริการด้านยาอย่างมีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งภายใน และภายนอก
- 3) ด้านการบริการความปลอดภัยจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับยาอย่างปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน

2. ขอบข่าย

เนื่องจากระบบยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่ระบบที่เกี่ยวข้องกับยา ก่อนมีไว้ใช้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งยาถูกจ่ายออกไปจากโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามการรักษาและการดูแลให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างแท้จริง โรงพยาบาลแก่งคร้อจึงกำหนดนโยบายด้านยาขึ้น โดยครอบคลุม 3 ประเด็นหลัก

- 1) นโยบายด้านการบริหารจัดการด้านยา
- 2) นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานตามวิชาชีพ
- 3) นโยบายการบริหารความปลอดภัยจากการใช้ยา

4. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

- 1) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical Therapeutic Committee) ประชุม กำหนดนโยบายด้านยาโรงพยาบาลแก่งคร้อ
- 2) กำหนดนโยบายด้านยาให้เป็นแนวทางการดำเนินงานซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องนำไปปฏิบัติ (Standard Procedure)

- 3) ประชุมชี้แจงให้หน่วยงานที่รับผิดชอบรับไปปฏิบัติ ทั้งหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และหน่วยบริการเครือข่าย

5. นโยบายด้านยาโรงพยาบาลแก้งคร้อ

5.1 นโยบายการบริหารจัดการด้านยา

- 1) **นโยบายบริหารจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์เพื่อความปลอดภัย** มีการกำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ โดยสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยาดังนี้
 - (1) สร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการพัฒนาระบบยา โดยการส่งเสริมให้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้านยาและเวชภัณฑ์ ติดตามกำกับการใช้ยา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา โดยมีการประชุมประจำทุก 2-3 เดือน
 - (2) นำแนวคิดเชิงระบบมาประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาสาเหตุและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการให้บริการแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการให้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด
 - (3) พัฒนาให้เกิดระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ให้เกิดการเรียนรู้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในอนาคต
 - (4) พัฒนาให้เกิดระบบที่ตอบสนองต่อความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อบรรเทาผลของความคลาดเคลื่อนรวมทั้งแนวทางในการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis) เพื่อวางระบบการป้องกันการเกิดซ้ำ
 - (5) สร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นได้
 - (6) มีการจัดการระบบข้อมูลทั้งในด้านยาและข้อมูลของผู้ป่วยที่ดี ตลอดจนส่งเสริมให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการในแต่ละขั้นตอน และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย
 - (7) พิจารณานำเทคโนโลยีและบริการต่างๆ มาใช้ในโรงพยาบาล เพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยา
 - (8) สร้างเสริมให้บุคลากรในแต่ละวิชาชีพมีการทำงานร่วมกันในการรักษาดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาดูแลมากขึ้น

2) **นโยบายด้านการคัดเลือกยา** เพื่อกำหนดรายการยาที่ควรมีใช้ในโรงพยาบาลตามความเหมาะสม ไม่มากเกินไป

- (1) กรอบบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 375 รายการ (ED:NED = 90:10) โดยที่ 1 รายการยา หมายถึงยา 1 รูปแบบและ 1 ความแรง
- (2) การเสนอยาเข้า 1 รายการ ต้องพิจารณาตัดออก 1 รายการ ยกเว้นยาใหม่ที่ไม่เคยมีใช้ หรือมีข้อบ่งใช้ที่แตกต่างกับยากลุ่มเดิมที่เคยมี
- (3) นำเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล และจัดทำบัญชียาในโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง
- (4) จำกัดจำนวนรายการยาที่มีชื่อสามัญเดียวกัน หรือยาที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกัน โดย
 - คัดเลือกรยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน ตามรูปแบบ และความแรงไว้เพียง 1 รายการ
 - ยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันและออกฤทธิ์ใกล้เคียงกัน ให้เลือกไว้ไม่เกิน 2 รายการ
- (5) การพิจารณารายการยาใหม่เข้าบัญชียาโรงพยาบาล จะคำนึงถึง
 - ประสิทธิภาพของตัวยาต่อการรักษาโรค (Efficacy)
 - ความปลอดภัยของยาที่สากลยอมรับ (Safety)
 - ราคาที่เป็นธรรมและเหมาะสม (Suitable cost)
- (6) การพิจารณารายการยาตัดออกจากโรงพยาบาล โดยคำนึงถึง
 - อัตราการใช้ยา โดยเฉพาะรายการยา dead stock
 - แนวทางการรักษา รวมถึงการพิจารณารายการยาอื่นทดแทน
 - เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Event) ทั้งจาก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีปัญหา LASA
 - สถานการณ์การควบคุมยา เป็นต้นว่าการควบคุมยาตามประเภทของยาเช่นยาควบคุมพิเศษ ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมถึงรายการยาที่ถูกเพิกถอนทะเบียนตำรับยา เป็นต้น

3) **นโยบายด้านการจัดซื้อจัดหายา**

- (1) มีการจัดทำแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ประจำปี มีการประเมินการจัดซื้อยาตามแผนทุก 6 เดือน กรณีไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดได้ให้เสนอขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
- (2) การดำเนินการจัดซื้อให้ปฏิบัติตามกฎหมาย/ ระเบียบว่าด้วยการพัสดุของสำนักนายกรัฐมนตรี
- (3) การจัดซื้อต้องคำนึงถึงรูปแบบ/ลักษณะของยา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาให้มากที่สุด

- (4) ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- จัดซื้อยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิต/จำหน่าย
 - จัดซื้อยารวมเขต/จังหวัด จากบริษัทที่ผ่านการสอบการจัดซื้อยาร่วม
 - จัดซื้อยาจากบริษัทยาที่ผ่านมาตรฐาน GMP
 - การสนับสนุนยาโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบ vendor Managed Inventory (VMI) เป็นต้นว่า โครงการบริหารคลังยาวัณโรค โครงการบริหารคลังยาวัณโรค โครงการบริหารคลังยาสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS การบริหารยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เช่น ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ(2), ยาแก้ฟรักทึม Antidote, เซรุ่ม เป็นต้น
- (5) พิจารณาซื้อยาตามชื่อสามัญทางยา (Generic name) จากบริษัทยาที่ผ่านมาตรฐาน GMP, คุณภาพยาเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด มีผลการวิเคราะห์ในทุกขั้นตอนการผลิต และราคาเหมาะสม เว้นแต่กรณีประสิทธิภาพการรักษาแตกต่างจากยาดั้งเดิม จึงจะจัดซื้อยาดั้งเดิม
- (6) มีแนวทางในการจัดซื้อยาเวลาเร่งด่วน ซึ่งครอบคลุมถึง
- แนวทางปฏิบัติการสั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล (ภาคผนวก)
 - แนวทางปฏิบัติการจัดการยาที่ขาดจำหน่ายชั่วคราว/ยกเลิกการจำหน่าย (ภาคผนวก)

4) นโยบายด้านการสำรองและการกระจายยา โดยครอบคลุมถึง

- (1) ควบคุมอัตราการสำรองยาในคลังยาไม่เกิน 3 เดือน และนำ ABC-VEN Analysis ในการบริหารจัดการคลังยา
- (2) การสำรองยาของหน่วยบริการ (Fixed floor stock) ได้แก่ งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด ฝ่ายทันตกรรม โดยกำหนดรายการยาช่วยชีวิตและยาให้บริการ พร้อมกับปริมาณการสำรองให้สอดคล้องกับการบริการของแต่ละหน่วยงาน
- (3) ยาที่จำเป็นในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือเร่งด่วนกรณียาช่วยชีวิตเร่งด่วน เช่น emergency drug เซรุ่ม วัคซีน และ antidote จะสำรองที่ห้องER สำหรับการช่วยชีวิต 3 ราย สำหรับหน่วยงานบริการจะสำรอง emergency drug สำหรับการช่วยชีวิต 1 ราย และมีการตรวจสอบปริมาณและวันหมดอายุทุกเดือน เบิกทดแทนทันทีที่มีการสั่งจ่าย
- (4) กลุ่มงานเภสัชกรรมฯตรวจสอบการหมุนเวียนยาสำรอง เดือนละครั้ง พร้อมรายงานผลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
- (5) กรณีห้องจ่ายยาปิด เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ฉุกเฉินที่ไม่มีสำรองในหน่วยบริการให้พยาบาลตามเภสัชกรหัวหน้าเวร (on call)
- (6) แนวทางปฏิบัติการจัดการยาที่ถอนทะเบียน/ยาไม่ผ่านมาตรฐาน

4) นโยบายด้านการจัดเก็บเวชภัณฑ์

- (1) จัดเก็บเวชภัณฑ์ด้วยระบบ first in first out
- (2) แยกเก็บเวชภัณฑ์ตามหลักวิชาการ เช่น ยาที่ต้องเก็บโดยควบคุมอุณหภูมิ, ยาที่ต้องเก็บให้พ้นแสง/กั้นแสง เป็นต้น
- (3) สนับสนุนระบบการป้องกันยาหมดอายุ เช่น รหัสสีบอกวันหมดอายุของยา ทะเบียนรายการยา ก่อนหมดอายุ 6 เดือน เป็นต้น
- (4) แยกเก็บยาที่มีโอกาสสับสนง่ายออกจากกัน เช่น พ้องรูป พ้องเสียง (LASA)
- (5) แยกเก็บยาที่มีความเสี่ยงสูง(High Alert Drug) ออกจากยาทั่วไป และทำสัญลักษณ์ให้ผู้ปฏิบัติสังเกตเห็นความแตกต่างได้ง่าย
- (6) มีระบบควบคุมการเบิกจ่าย การสั่งใช้ และการจัดเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 อย่างรัดกุม

5.2 นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานตามวิชาชีพ

- 1) เน้นผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยคำนึงถึงหลักทางจริยธรรมและมาตรฐานวิชาการตามรัฐธรรมนูญของประเทศไทย (accessible) รวมถึงจริยธรรมโรงพยาบาล และสิทธิผู้ป่วยในการรับบริการและสิทธิผู้ป่วยทางเภสัชกรรม
- 2) การให้บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ มีแนวทางดังนี้
 - (1) การให้บริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแก๊งครือ ตั้งอยู่บนมาตรฐานบัญชียาและเวชภัณฑ์เดียวกันในผู้ป่วยทุกระดับฐานะ
 - (2) การคิดค่าใช้จ่ายในเรื่องยาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยต้องเป็นไปตามมาตรฐานอัตราค่าบริการของกระทรวงสาธารณสุข และระเบียบกระทรวงการคลัง ตลอดจนอัตรามาตรฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และต้องสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายจริงที่ให้บริการผู้ป่วย
 - (3) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้มีจำนวนไม่เกินร้อยละ 10 ของรายการบัญชียาโรงพยาบาล และให้คณะกรรมการแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้ออกหนังสือรับรองประกอบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามหนังสือคำสั่งกระทรวงการคลัง
- 3) นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา การใช้ยาเกินความจำเป็น ลดความสูญเสียยาและมูลค่าการใช้ยาโดยรวม โดยครอบคลุม 3 ประเด็นดังนี้
 - (1) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic Smart Use)
 - ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางที่กำหนด (Evidence-base treatment guideline) ใน 3 โรคเป้าหมาย ได้แก่ โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนและอวัยวะใกล้เคียง โรค

ห้องร่วางเตียงพลัด และแผลเลือดออกที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือกลุ่มโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่

- ยาปฏิชีวนะทุกตัวที่มีการสั่งใช้ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลให้มีการหยุดยาอัตโนมัติ ภายใน 7 วัน หากแพทย์ต้องการสั่งใช้ต่อให้ยื่นยันทบทวนคำสั่งการใช้ยาใหม่ ยกเว้น กรณีการใช้ยาปฏิชีวนะในบางโรคที่มีระยะเวลาในการใช้ยานานเกิน 7 วัน ให้แพทย์ผู้สั่งใช้ระบุในคำสั่งครั้งแรกว่าจำนวนวันที่สั่งใช้ยาที่ชัดเจน
- มีการประเมินผลปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานให้ผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งประเมินสัดส่วนของผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย และติดตามผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วย 3 โรคเป้าหมายและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ เสนอคณะกรรมการ PTC เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรคเป้าหมาย

(2) การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี ง. และ บัญชี จ.

- ให้มีการติดตามและประเมินการใช้ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ง และบัญชี จ(2) โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินทบทวนการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยทำการประเมินการใช้ยาแบบ concurrent หรือแบบ retrospective DUR
- มีผลการประเมินนำเสนอต่อคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

(3) การประเมินและทบทวนการใช้ยา (DUE/DUR)

- ให้มีการประเมินและทบทวนการใช้ยาในกลุ่มยาที่มีการใช้งบประมาณในการจัดซื้อยามากที่สุด (high cost) หรือเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) หรือเป็นยาที่มีปริมาณการใช้สูง (high volume) เป็นต้น
- ให้มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินทบทวนการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยทำการประเมินการใช้ยาแบบ concurrent หรือแบบ retrospective DUR
- ให้มีการประเมินนำเสนอต่อคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

5.3 นโยบายด้านการบริหารความปลอดภัยจากการใช้ยา โดยมีระบบความปลอดภัยด้านยาและแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) ระบบการการดักจับและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error; ME)

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) คือเหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงกำหนดนโยบายการดักจับและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาตามกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ดังนี้

(1) นโยบายและการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing Error) และการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing Error) ผู้สั่งใช้ยาและผู้คัดลอกคำสั่งใช้ยาต้องคำนึงถึง

- การเลือกใช้ยาที่ถูกต้องตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังในการใช้ (เช่นอาการไม่พึงประสงค์เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน) ปฏิกริยาที่อาจเกิดขึ้นกับยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่แล้ว และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การเลือกรูปแบบยา ความแรงของยา ขนาดยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ความถี่ในการให้ยา วิธีทางให้ยา ความเร็วในการให้ยา ความเข้มข้นของยา และปริมาณยาที่จ่ายทั้งหมดอย่างถูกต้อง
- การเขียนคำสั่งใช้ยาที่อ่านได้ง่าย ครบถ้วน หลีกเลี่ยงการสั่งยาที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เช่น การสั่งยาด้วยชื่อการค้า การใช้ตัวย่อที่ไม่สากล การสั่งยาด้วยตัวเลขทศนิยม การสั่งยาด้วยวาจาหรือการสั่งยาทางโทรศัพท์ เป็นต้น
- การคัดลอกคำสั่งใช้ยาอย่างถูกต้อง และตระหนักถึงคำสั่งใช้ยาที่ผิดไปจากแบบแผนการใช้ยาตามปกติ เพื่อตรวจสอบกับผู้สั่งใช้ยาต่อไป
- การติดตามประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย โดยปฏิบัติงานในรูปแบบของสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย

(2) นโยบายและการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing Error) เภสัชกรควรคำนึงถึง

- ความเหมาะสมของยาที่ถูกสั่งจ่าย ในด้าน ข้อบ่งใช้ การให้ยาซ้ำซ้อน ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ปฏิกริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร ยากับโรค รูปแบบยาที่เหมาะสมแก่วัตถุประสงค์การใช้ยาและผู้ป่วยที่ใช้ยา ขนาดยา ความแรงของยา และวิธีใช้ยา หากมีข้อสงสัยต้องติดต่อผู้สั่งใช้ยาเพื่อแก้ปัญหาพร้อมกันก่อนจ่ายยา
- การจัดเตรียมยาเป็นขั้นตอน ตั้งแต่เตรียมชนิดยา รูปแบบ และความแรงถูกต้อง จัดทำฉลากถูกต้อง เลือกภาชนะบรรจุเหมาะสม และจัดปริมาณครบถ้วน

- การตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดเตรียมกับคำสั่งใช้ยาต้นฉบับก่อนส่งต่อให้เภสัชกรผู้ทำหน้าที่ส่งมอบยา
- การตรวจสอบความถูกต้องซ้ำอีกครั้งกับคำสั่งใช้ยาต้นฉบับโดยเภสัชกรผู้ส่งมอบยา ก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ยาที่จัดจ่ายต้องไม่เป็นยาที่หมดอายุ หรืออยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะสม และส่งถึงตามเวลาที่กำหนด หลังรับใบสั่งยา
- การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่จะกลับบ้าน เภสัชกรต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับถึงเหตุผลของการได้รับยา ยาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ใด ยามีข้อควรระวังสำคัญใดบ้างที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตได้ ยามีวิธีใช้อย่างไร ถ้าจำเป็นอาจต้องให้คำแนะนำปรึกษากับครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย
- การร่วมติดตามผลการรักษาด้วยยากับแพทย์ และพยาบาล เพื่อเภสัชกรจำกัดบทวนและให้คำแนะนำการใช้ยา
- มีระบบการคืนยาจากผู้ป่วย/หอผู้ป่วย โดยมีการทบทวนเหตุการณ์และตรวจสอบยาหากมียาถูกส่งคืนมาที่ฝ่ายเภสัชกรรม ให้ทราบถึงข้อบกพร่องหรือปัญหาของระบบที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น ยาไม่ถูกใช้ มียาที่ไม่ถูกส่งใช้ถูกจ่ายออกไปจากฝ่ายเภสัชกรรม เป็นต้น รวมถึงปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น สำหรับยาที่คืนมา หากมีสภาพดีและคืนมาจากหอผู้ป่วย จะนำกลับมาใช้ใหม่ กรณีเป็นยาคืนจากผู้ป่วยที่ใช้ยาต่อเนื่อง จะให้ผู้ป้อนากลับไปใช้ต่อ แต่หากเป็นยาคืนเหลือใช้จากผู้ป่วยทั่วไป หรือเป็นยาเสื่อมสภาพ จะนำไปกำจัดตามคุณสมบัติของยาและมาตรฐานการกำจัดขยะของโรงพยาบาล

(3) นโยบายและการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Administration Error)

- ลดความคลาดเคลื่อนจากการรับคำสั่งใช้ยา โดยพยาบาล incharge รับคำสั่งใช้ยาขณะการตรวจรักษาของแพทย์ นอกเหนือจากคำสั่งใช้ยาใน Doctor Order Sheet เพื่อลดปัญหาการสื่อสาร และมีระบบการทบทวนรายการยาและวิธีใช้ ว่าสัมพันธ์กับการวินิจฉัย และทบทวนความถูกต้องจากการคัดลอกคำสั่งทุกเวอร์
- กรณีมีความจำเป็นต้องสั่งใช้ยาด่วนจากหรือทางโทรศัพท์ ผู้รับคำสั่งจะต้องทบทวนคำสั่งเพื่อยืนยันรายการ ขนาด วิธีการให้ยา และคำแนะนำอื่นๆ พร้อมทั้งบันทึกคำสั่งการรักษาลงใน Doctor Order Sheet เท่านั้น ระบุ “รคส” และชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ ให้แพทย์ผู้สั่งใช้รับดำเนินการลงนามยืนยันการสั่งใช้อีกครั้งภายใน 24 ชั่วโมง กรณีเป็นยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug) ต้องยืนยันคำสั่งใช้ยาเร็วที่สุดเมื่อมีโอกาส

- มีระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการเตรียมยาให้ผู้ป่วย โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติในการเตรียมยา เช่น แนวทางการผสมยาฉีด อายุของยาฉีดที่เปิดใช้แล้ว มาตรฐานการแบ่งบรรจุยา เป็นต้น
- ก่อนการบริหารยาทุกครั้ง ต้องยืนยันผู้ป่วย และความถูกต้องครอบคลุมหลัก 6 R ของงานการพยาบาล ได้แก่ ถูกคน ถูกยา(ตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ และรูปแบบยา) ถูกขนาด(ความแรงของยา ขนาดที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ถูกวิธี(วิถีทางให้ยา) ถูกเวลา(ความเร็วในการให้ยา, STAT dose และรอบเวลาในการให้ยา) และถูกเทคนิค บันทึกการให้ยาในแบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) หรือใบสั่งยาตามเวลาการให้ยาจริง เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามการให้ยา และป้องกันการให้ยาซ้ำกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างจุดบริการ
- การให้ความใส่ใจและการตรวจสอบเมื่อผู้ป่วยมีคำถามเกี่ยวกับยาที่ผู้ให้ยากำลังจะให้
- การติดตามประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2) ระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการป้องกันการแพ้ยา (Adverse Drug Reaction; ADR) โดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติครอบคลุมถึง

- ระบบการติดตาม ADR แบบ Spontaneous Report System
- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบบ Intensive Monitoring
- การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเชิงรุก เช่น เฝ้าระวังในผู้ป่วย G-6-PD, กลุ่มยา HAD, กลุ่มยาที่ก่อให้เกิด SJS
- การค้นหา ADR จาก Tracer agent หรือ Trigger tools
- ระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

3) ระบบการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (High Alert Drug; HAD) โดยมีแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูง ครอบคลุมถึง

- การกำหนดแนวทางในการคัดเลือกรายการ รูปแบบยา HAD เพื่อลดความซ้ำซ้อนและป้องกัน ME ที่อาจเกิดขึ้น
- การจัดเก็บ แยกจากยาอื่น เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายรุนแรงหากเกิดกรณีให้ยาผู้ป่วยผิดชนิด
- จำกัดการเข้าถึงยา เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการระมัดระวังในการให้ยา
- การรับคำสั่ง
- การจ่ายยา/การเตรียมและการให้ยา
- การใช้แบบบันทึกติดตามการให้ยา
- การรายงานอุบัติการณ์ ME/ADE ที่พบ

4) ระบบความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication Reconciliation; MR) มีเป้าหมายเพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา และสะดวกในการสืบค้นประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารับบริการหรือส่งต่อไปรับบริการทั้งระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยดำเนินการทั้งในงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีแบบบันทึก Admission Medication Reconciliation สำหรับบันทึกข้อมูลการใช้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยใน และ Medication Reconciliation (Multi-visit medication) สำหรับบันทึกข้อมูลการใช้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นการเอื้อต่อการส่งต่อข้อมูลยา และจัดทำคู่มือการบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (Medication Reconciliation) เพื่อให้เข้าใจและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

6. เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, นโยบาย PTC โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- โรงพยาบาลชัยภูมิ, นโยบายด้านยาโรงพยาบาลชัยภูมิ
- โรงพยาบาลจะนะ, นโยบายด้านยาโรงพยาบาลจะนะ
- มังกร ประพันธ์วัฒน์, การจัดการด้านยา: องค์กรและการวางแผน (Medication management: Organization and Planning) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสเรศวร
- ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย). 2549.
- โรงพยาบาลเขาวง, นโยบายด้านยาโรงพยาบาลเขาวง.

แนวทางปฏิบัติการสั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล

การขออนุญาต

1. แพทย์ผู้มีความประสงค์จะขอใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล กรอกรายละเอียดการขอใช้ในแบบฟอร์มการขอใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล
2. เสนอขออนุมัติต่อผู้อำนวยการผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมให้ความเห็นประกอบ โดยมีเหตุผลในการพิจารณาจัดหาให้คือ
 - ความจำเป็นในการรักษา เป็นต้นว่า เป็นยาช่วยชีวิตหรือส่งผลกระทบต่อการรักษา หรือไม่มียาอื่นทดแทนได้
 - สามารถติดตามผลการรักษา และ/หรือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา(ADR) รวมทั้งการแก้ไข ADR ดังกล่าวได้
 - กรณีเป็นยา antibiotic injection กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จะพิจารณาจัดหาให้เฉพาะกรณีให้ยาต่อเนื่องจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าก่อน เนื่องจากยังไม่สามารถประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา (DUE) โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัย ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้
 - ความเร่งด่วนในการใช้ยา กรณีเป็นการใช้ยาที่สามารถวางแผนการให้ยาล่วงหน้าได้ กรุณาแจ้งกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ก่อนการใช้ยาจริง 3-5 วัน กรณีการใช้ยาเร่งด่วน หากเป็นยาในบัญชียาโรงพยาบาลชัญภูมิ แจ้งก่อนการใช้ยาจริง 4-6 ชั่วโมง นอกเหนือจากนี้ แพทย์ควรพิจารณาการใช้ยาอื่น หรือ refer

การจัดหา

1. เมื่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอนุมัติการขอใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลให้กลุ่มงานเภสัชกรรมดำเนินการจัดซื้อ / จัดหาดังกล่าวตามจำนวนที่อนุมัติ จากบริษัทยา (กรณีวางแผนการใช้ยาล่วงหน้า) โดยเร่งด่วน (โทรศัพทหรือโทรสาร) หรือจากโรงพยาบาลชัญภูมิ/โรงพยาบาลใกล้เคียง (กรณียาเร่งด่วน) โดยให้รถโรงพยาบาลไปรับยา
2. เมื่อกลุ่มงานเภสัชกรรมดำเนินการจัดหามาได้แล้ว ให้แจ้งต่อแพทย์ผู้ขออนุญาต

การเบิกจ่าย

1. คลังยาและเวชภัณฑ์ ลงทะเบียนรับและนำเก็บไว้ที่คลังยาและเวชภัณฑ์ โดยจัดเก็บแยกจากรายการยาที่มีในบัญชียาโรงพยาบาล เพื่อรอการเบิกจ่ายให้งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยต่อไป

2. งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เขียนใบเบิกยาและเวชภัณฑ์เพื่อเบิกยาออกจากคลังยาและเวชภัณฑ์
3. แพทย์ผู้ขออนุญาตเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยและรับยาที่งานบริการจ่ายยาที่เกี่ยวข้อง

การติดตามผล

1. แพทย์ผู้ขออนุญาตใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล สรุปผลการใช้ยาตามแบบสรุปผลรายการยาที่สั่งใช้ที่ไม่มีในโรงพยาบาล
2. กลุ่มงานเภสัชกรรมรวบรวมข้อมูล การสั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล นำเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

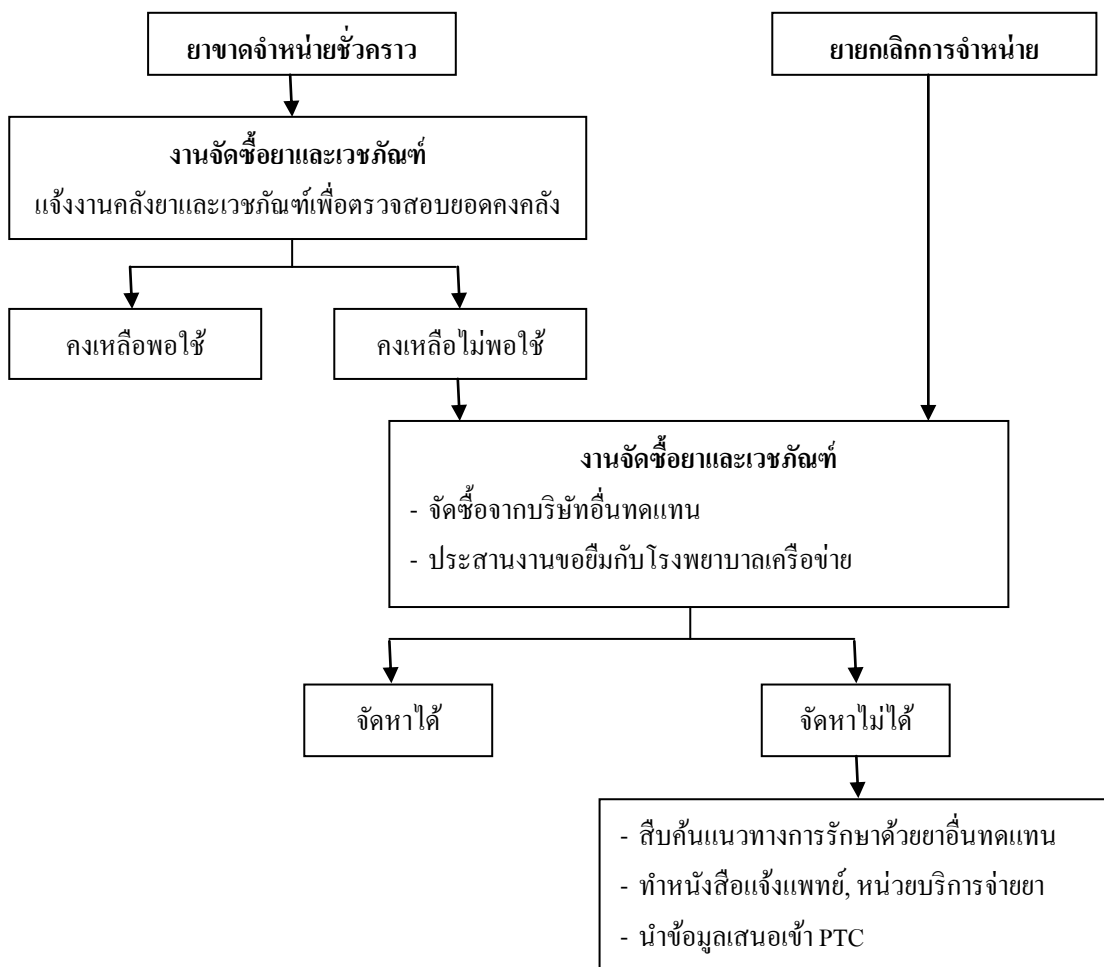
หมายเหตุ

กรณีเป็นยาของผู้ป่วยซึ่งไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลแก็งครือ หากแพทย์เจ้าของไข้เห็นสมควรให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อ กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จะนำยาของผู้ป่วยมาจัดให้ตึกผู้ป่วยบริหารยาให้ผู้ป่วย (รายละเอียดในคู่มือ Medication Reconciliation)

แนวทางปฏิบัติการจัดการยาที่ขาดจำหน่ายชั่วคราว/ยกเลิกการจำหน่าย

1. จัดเตรียมบัญชีรายการยาที่มีขาดจำหน่ายชั่วคราว
2. จัดเตรียมบัญชีรายชื่อบริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่ายอื่น ที่จำหน่ายรายการยานั้น ๆ
3. ประสานงานกับบริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่ายให้แจ้งการขาดจำหน่ายโดยเร็ว
4. ประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อดำเนินการขอยืมหรือดำเนินการจัดซื้อจากบริษัทอื่น
5. หากไม่สามารถขอยืมได้ประสานงานศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาเพื่อสืบค้นแนวทางการรักษาด้วยยาอื่นทดแทน
6. งานจัดซื้อจัดหาจัดทำหนังสือแจ้งเวียนให้แพทย์ หน่วยบริการจ่ายยา และผู้เกี่ยวข้องทราบ
7. ในกรณีรายการยาที่ยกเลิกการจำหน่ายและไม่สามารถจัดหาจากบริษัทอื่นทดแทนได้ กลุ่มงานเภสัชกรรมรวบรวมข้อมูลนำเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทันทีที่มีการประชุม

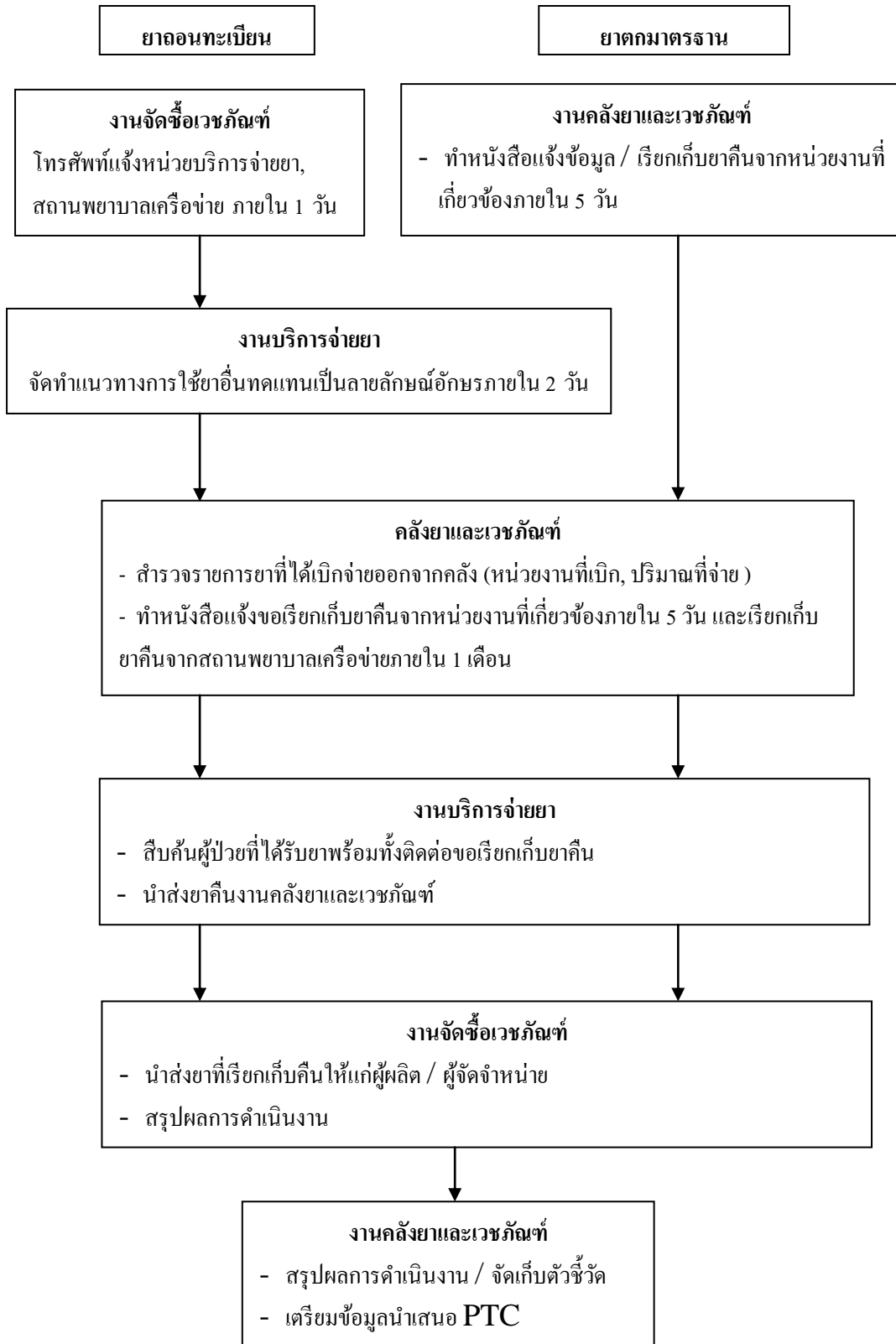
Flow chart แนวทางการปฏิบัติการจัดการยาที่ขาดจำหน่ายชั่วคราว / ยกเลิกการจำหน่าย



แนวปฏิบัติการจัดการยาที่ถอนทะเบียน / ยาไม่ผ่านมาตรฐาน

1. งานจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์โทรศัพท์แจ้งหน่วยบริการจ่ายยา รับทราบถึงรายการยาที่ถอนทะเบียน/ ยาส่งวิเคราะห์ไม่ผ่าน เพื่อเตรียมข้อมูลในกรณีที่ต้องชี้แจงแนวทางการรักษาใหม่ภายใน 1 วัน หลังจากรับหนังสือแจ้งรายการยาที่ถอนทะเบียน/ ยาส่งวิเคราะห์ไม่ผ่าน
2. จัดเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษรให้งานจัดซื้อเวชภัณฑ์และ งานคลังยาและ เวชภัณฑ์ภายใน 2 วัน หลังจากรับแจ้ง
3. งานคลังเวชภัณฑ์สำรวจรายการยาที่ถอนทะเบียน/ ยาส่งวิเคราะห์ไม่ผ่าน ที่ได้เบิกจ่ายให้ หน่วยงานพร้อมทั้งทำหนังสือแจ้งให้หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลทราบเพื่อเรียกเก็บยาคืน ภายใน 5 วัน
4. งานบริการจ่ายยาสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ถอนทะเบียน/ ยาส่งวิเคราะห์ไม่ผ่าน และติดต่อ ขอเรียกเก็บยาคืน
5. หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลนำส่งยาคืนคลังยาและเวชภัณฑ์ตามแบบฟอร์มการเรียกเก็บยาคืน
6. งานคลังยาและเวชภัณฑ์จัดทำสรุปรายงานผลยาที่ถอนทะเบียน / ยาส่งวิเคราะห์ไม่ผ่านแต่ละ รายการดังนี้
 - จำนวนยาที่ถอนทะเบียน/ ยาส่งวิเคราะห์ไม่ผ่าน ที่มีใช้ในโรงพยาบาล
 - จำนวนยาที่ถอนทะเบียน/ ยาส่งวิเคราะห์ไม่ผ่าน ที่จ่ายออกไปสู่ผู้ป่วย
 - จำนวนยาที่เรียกเก็บกลับคืนได้
7. งานจัดซื้อเวชภัณฑ์นำส่งยาที่เรียกเก็บกลับมาได้ส่งคืนบริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย และแลกเปลี่ยน เป็นยารายการอื่น ๆ ที่มีใช้ในโรงพยาบาล
8. ในกรณีที่ยาถูกถอนทะเบียนและเป็นยาที่มีในบัญชีรายการยาโรงพยาบาลให้นำรายการยาดังกล่าว เข้าที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทันทีเมื่อมีการประชุม เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

Flow chart การจัดการยาที่ถอนทะเบียน / ยาส่งวิเคราะห์ที่ไม่ผ่าน



แนวทางปฏิบัติในการสั่งจ่ายและการคัดลอกคำสั่งจ่าย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน

1. ผู้สั่งจ่ายควรมีข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลยาอย่างครบถ้วนก่อนสั่งจ่าย เพื่อให้การสั่งจ่ายมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด โดยมีการกำหนดสิทธิและขอบเขตของการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน และข้อมูลจากระบบ Medication Reconciliation
2. ควรเขียนคำสั่งจ่ายให้อ่านได้ง่าย หรือใช้ระบบการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์ โดยคำสั่งจ่ายที่สมบูรณ์ควรประกอบด้วยข้อมูลดังนี้
 - (1) ชื่อผู้ป่วย
 - (2) ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย เช่น ยาที่ใช้ประจำ น้ำหนัก การทำงานของตับและไต ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น
 - (3) ชื่อสามัญทางยา หรือชื่อการค้า (สำหรับรายการยาสูตรผสมหรือรายการที่โรงพยาบาลอนุญาตให้ใช้ได้)
 - (4) ความแรงของยาในหน่วยเมตริก
 - (5) รูปแบบยา
 - (6) ปริมาณที่สั่งใช้ในหน่วยเมตริก เช่น มิลลิกรัม
 - (7) วิธีการใช้ยาที่ครบถ้วน รวมถึงวิถีทางให้ยา และความถี่ของการให้ยา
 - (8) วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ทำให้เภสัชกร พยาบาลและผู้ป่วยแน่ใจได้ว่าได้รับยาที่ถูกต้อง
 - (9) จำนวนครั้งของการต่อยา (refill)
3. ไม่ควรออกคำสั่งจ่ายโดยวาทะ ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน และไม่สามารถเขียนคำสั่งจ่ายหรือพิมพ์คำสั่งจ่ายผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยคำสั่งจ่ายจะต้องประกอบด้วยข้อมูลเช่นเดียวกับข้อ 2 ผู้รับคำสั่งจ่ายยืนยันสถานภาพของผู้สั่งจ่าย เพื่อป้องกันการปลอมแปลง บันทึกคำสั่งจ่ายทั้งหมด และทวนคำสั่งจ่ายซ้ำอีกครั้งให้ผู้สั่งจ่ายฟัง ผู้สั่งจ่ายตรวจสอบและยืนยันคำสั่งเร็วที่สุดเมื่อมีโอกาส
4. ไม่ควรเขียนคำสั่งจ่ายที่คลุมเครือ หรือคำย่อซึ่งอาจทำให้เข้าใจความหมายคลาดเคลื่อน

คำย่อที่ไม่สมควรใช้ เนื่องจากอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้

คำย่อ (ไม่สมควรใช้)	ความหมายที่ ผู้เขียนต้องการ	ความหมายที่อาจ คลาดเคลื่อน	ควรใช้
U	Units	อาจดูคล้ายตัวเลข “0” หรือ “4” หรือ “cc”	คำเต็ม Units/ยูนิต
µg	Micrograms	อาจถูกมองเป็น “mg” (milligrams)	mcg, microgram
Q.D.	Every day	อาจถูกมองเป็น “QID” (4 times daily)	OD หรือทุกวัน (ให้ระบุเวลา ด้วยว่า เข้า กลางวัน หรือเย็น)
A.D., E.O.D.,Q.O.D	Every other day	อาจถูกมองเป็น “QD”(daily) หรือ“QID” (4 times daily)	ให้ระบุเป็น วันเว้นวัน
CC	cubic centimeters	อาจถูกมองเป็น “U”(units) หรือ “00”	ให้เขียนเป็นหน่วย ml., มล. หรือคำเต็ม
ต.ต.ก.	ตามต้องการ	อาจถูกมองเป็น “ติดต่อกัน”	ให้ระบุข้อบ่งใช้ในการใช้ยา ตามอาการ (ยา prn) สำหรับ แต่ละคำสั่งให้ชัดเจน
คำสั่งผสมยา เป็นอัตราส่วน เช่น 1:1, 2:1, 1:10	ผสมยา ปริมาณ ยาต่อสารน้ำ	ผู้รับคำสั่งอาจแปล ความหมายผิดพลาด ไม่ตรง ตามแพทย์ต้องการ	ให้ระบุปริมาณยาที่ต้องการ เช่น หน่วย mg, unit และ ปริมาตรสารน้ำที่ต้องการ หน่วย ml
ตัวเลขทศนิยม ของความแรง ยา เช่น .1 หรือ 1.0	การเขียน 0 หลัง จุดทศนิยม และ ไม่เขียน 0 หน้า จุดทศนิยม	อาจแปลความหมายผิดพลาด ไป 10 เท่าของขนาดยาที่ ต้องการสั่งใช้	ไม่เขียน 0 หลังจุดทศนิยม เช่น 1 เขียน 0 หน้าจุดทศนิยม เช่น 0.1

5. ชื่อยาที่จำเป็นต้องใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากลหรือชื่อการค้า เพื่อการสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่ชัดเจน และลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลอนุญาตให้ใช้คำย่อชื่อยา ดังรายการต่อไปนี้

คำย่อ	ชื่อยา	คำย่อ	ชื่อยา
ABC	Abacavir	Lasix	Furosemide
Air-X	Simethicone	Lastavir	Lamivudine+Stavudine
Aldactone	Spironolactone tab	Levomet	Levodopa + Carbidopa as monohydrate
AM, Alu	Alum milk	Lopid	Gemfibrozil
Amitrip	Amitriptyline	Losec	Omeprazole
Ampho B	Amphotericin B	LPV/r, Kaletra	Lopinavir / Ritonavir tab
Ampi	Ampicillin	M.carminative, M.car	Carminative mixture
ASA	Aspirin	M.tussis/tussis	Tussis mixture
ASA gr V	Aspirin 300 mg	Mestinon	Pyridostigmine bromide tab (Mestinon)
Augmentin	Amoxicillin+Clavulanic	Mixtard	Soluble insulin + Isophane insulin
AZT	Zidovudine	MO	Morphine sulfate
B1-6-12, 3B	Vitamin B 1-6-12	MOM	Milk of magnesia
Bco	Vitamin B complex	motilium	Domperidone
Benz, Artane	Benzhexol, trihexyphenidyl	MTV	Multivitamin
Berodual	Ipratropium bromide + Fenoterol	NaCO ₃ , sodamint	Sodium bicarbonate
Brufen	Ibuprofen	Norgesic	Orphenarine+Paracetamol
Buscopan	Hyoscine	NPH	Isophane insulin
CaCO ₃	Calcium carbonate	NVR	Nevirapine
Cef-3, ceftri	Ceftriaxone	ORS	Oral rehydration salt
Chlordi, CDX	Chlordiazepoxide	Para, Paracet	Paracetamol
Combid	Zidovudine + Lamivudine	Pen G, PGS	Penicillin G Sodium
CPM	Chlorpheniramine	Pen V	Penicillin V
CPZ	Chlorpromazine	Pheno gr 1/2	Phenobarbital 30 mg
Cytotec	Misoprostol	Pheno gr I	Phenobarbital 60 mg
D, Valium	Diazepam	Plasil	Metoclopramide
d4T	Stavudine	PPL	Propranolol hydrochloride
ddl	Didanosine	Provera	Medroxyprogesterone acetate

คำย่อ	ชื่อยา	คำย่อ	ชื่อยา
Depakin	Sodium valproate	PTU	Propylthiouracil
Dexa	Dexamethasone	PZA	Pyrazinamide
Dilantin	Phenytoin	RI	Regular insulin
DMPA, DEPO	Medroxyprogesterone	Rifam	Rifampicin
Doxy	Doxycycline	Rifanah	Isoniazid + Rifampicin
EFV	Efavirenz	Rimstar-4, Rifafour	HRZR
ERIC	Rabies immunoglobulin, horse (ERIG)	Rulid, Roxithro	Roxithromycin
Erythro	Erythromycin	SMW	Special mouthwash
ETB/ETHAM	Ethambutal	Syntocin, synto	Oxytocin inj.
Exluton	Lynestrenol	TA cream	Triamcinolone cream
F.B.C	ferro B cal	Tamiflu, oseltamivir	Oseltamivir phosphate cap
Fenac	diclofenac	TAT	Tetanus antitoxin
Fendec	Fluphenazine decanoate	3TC	Lamivudine
Fortum	Ceftazidime	TDF	Tenofovir disoproxil fumarate tab
Genta	Gentamycin	Terra ointment	Oxytetracycline ointment
GG	Glyceryl guaiacolate (Guaiifenesin)	Theodur	Theophylline tab
GPO-S30	Lamivudine + Stavudine + Nevirapine	Thyroxine, Eltroxine	Levothyroxine sodium
GPO-Z	Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine	Tramol	Tramadol
Hallo, hadol	Haloperidol	TT	Tetanus vaccine
HCTZ	Hydrochlorothiazide	ventolin	salbutamol
Indocid	Indomethacin	Vit C	Vitamin C
INH	Isoniazide	Vit K	Vitamin K
Isordil	Isosorbide dinitrate tab	Zilavir	AZT/3TC 300/150
KCl	Potassium Chloride		

ชื่อยาที่ไม่อนุญาตให้สั่ง:

- Metro: อาจทำให้สับสนว่าเป็น Metoclopramide inj (Plasil) หรือ Metronidazole inj.
- Ceflaz: เป็นชื่อการค้า อาจสับสนว่าเป็นยาในกลุ่ม cephalosporin หลายรายการ