แบบบันทึกการใช้ยามอร์ฟีนออกฤทธิ์สั้นเพื่อบรรเทาอาการปวด / หอบเหนื่อย

ศูนย์ Palliative care โรงพยาบาลบ้านผือ จ.อุดรธานี

 Morphine IR 10 mg/tab , Morphine syrup 2 mg/ml

ชื่อ............................................................................................................HN……………………….…………………….

วิธีใช้ รับประทานครั้งละ.............เม็ด/ซีซี ห่างกันอย่างน้อย...........ชั่วโมง เมื่อมีอาการ....................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| วันที่ | 0.00-3.59 | 4.00-7.59 | 08.00-11.59 | 12.00-15.59 | 16.00-19.59 | 20.00-23.59 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



**จัดทำโดย COC ปรับปรุงล่าสุด ณ วันที่ 15 ก.ค 2568**

**พยาบาลผู้ดูแล** นางภิญญดา ผิวอ่อน **โทรศัพท์ 097-1429156**