|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ว/ด/ป** | **Oder ยาที่ใช้ทางใต้ผิวหนัง** | **จำนวน (amp,vial)** | | | **ลายเซ็น ผู้ตรวจยา** | **ลายเซ็นต์ ผู้ผสมยา** | **แพทย์ ผู้สั่งยา** |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**แบบส่งต่อการใช้ยาทางชั้นใต้ผิวหนัง**

**รพ.บ้านผือ จ.อุดรธานี**

Order………………………………………………………………………………..………………………………………………

**วิธีการผสมยา**

❑ 1. ………………………………………………..… ขนาด………………….mg/mcg ปริมาณ…….…………….ml  
 เนื่องจากมีปัญหา………………………………………………………………………………………………………………..

❑ 2. …………………………………………….…… ขนาด………………......mg ปริมาณ………………..………..ml   
เนื่องจากมีปัญหา…………………………………..……...................................................................................

❑ 3. …………………………………………………… ขนาด…………………..mg ปริมาณ………………….…….. ml   
เนื่องจากมีปัญหา………………………………………………………………………………………………………....……....

❑ 4. ……………………………………………..…….ขนาด…………….……. mg ปริมาณ………………………… ml   
เนื่องจากมีปัญหา…………………………………..……………………………………………………………………………..

โดยเลือกใช้ตัวทำละลายที่เหมาะสมคือ ❑ NSS ❑ Sterile ❑ ได้ทั้งสองชนิด อีก............ml Total = …………ml เท่ากับความยาว……………………mm drip CSCI rate……………….mm/hr

โดยใช้เครื่องปั๊มยา (Syringe driver) รุ่น …Thalapump……. (ใช้ syringe ขนาด 20 ml เท่านั้น) เริ่มให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องวันที่………………………….. Cr = …………….. GFR ……………….

**ยาอื่นๆที่ได้รับเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะท้าย** ได้แก่

❑ 1. ยาฉุกเฉิน (prn) สำหรับอาการปวด/หายใจลำบาก คือ ………… ขนาด …………….. ทุก ………ชม.

❑ 2. Ativan …............mg ………เม็ด อมใต้ลิ้นเวลามีอาการกระวนกระวาย/นอนไม่หลับทุก 2-4 ชม.

❑ 3. 1% Atropine ED 4 หยดใต้ลิ้น ทุก 4 ชม. ในระยะสุดท้ายเพื่อบรรเทาเสียงหายใจ  
ดังครืดคราดในลำคอ

❑ 4. ยาอื่นๆ ได้แก่ .............................................................................................................................

เพื่อความสะดวกได้เบิกยาฉีดให้ผู้ป่วยมาด้วยดังนี้

1. Morphine 10 mg/ml จำนวน……………………………amp

2. Midazolam 5 mg จำนวน……………………………amp

3. Fentanyl 100 mcg/2ml จำนวน……………………………amp

4. ยาอื่นๆ................................ จำนวน……………………………amp

5. ยาอื่นๆ................................. จำนวน……………………………amp

\*\*\***กรุณาเก็บซากยา Morphine และนำยาที่เหลือคืนโรงพยาบาลด้วย ขอบคุณค่ะ**

**จัดทำโดย COC ปรับปรุงล่าสุด ณ วันที่ 22 ก.พ 2565**

**จัดทำโดย COC ปรับปรุงล่าสุด ณ วันที่ 22 ก.พ 2565**

**จัดทำโดยศูนย์ดูแลประคับประคอง ปรับปรุงครั้งที่ 4 ณ วันที่ 15 ก.ค 2568**

****

**แนวทางการปฏิบัติในการดูแลเครื่องมือส่งคืนยาและอุปกรณ์**

เมื่อท่านใช้อุปกรณ์เครื่องมือไซริงค์ไดรเวอร์ (Syringe Driver) ให้ท่านปฏิบัติตาม ดังนี้

1) กรุณาเก็บซากยา Morphine และนำยาที่เหลือคืนโรงพยาบาลทั้งหมด

2) ระมัดระวัง ไม่ให้เครื่องมือโดนน้ำ ตรวจสอบความสะอาดของเครื่องมือ  
 3) เมื่อไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือนี้แล้ว ให้ญาตินำไซริงค์หลอดยาออกจาก ตัวเครื่องพร้อมทั้งปิดเครื่องให้เรียบร้อย

* **ห้าม** นำเครื่องมือและหลอดยาไปเผาทำลาย หรือทิ้งขยะหลังจากเลิกใช้งาน

**กรุณา** นำส่งคืนเครื่องมือที่ **ศูนย์ดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง**   
(ตรงข้ามแผนกเบาหวานความดัน) ภายในวันและเวลาราชการ (08.00-16.00 น.)

**หรือติดต่อพยาบาลดูแลผู้ป่วย คุณภิญญดา ผิวอ่อน 097-1429156**

**แบบส่งต่อการใช้ยาทางชั้นใต้ผิวหนัง   
ศูนย์ดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง รพ.บ้านผือ จ.อุดรธานี**

ชื่อผู้ป่วย……………………………….…….. อายุ…………ปี H.N………………...เบอร์โทรญาติ.................................

Diagnosis…………………………..…………………ได้ส่งต่อข้อมูลกับเครือข่าย…………………………………...............