แบบบันทึกการใช้ยามอร์ฟีนออกฤทธิ์สั้นเพื่อบรรเทาอาการปวด / หอบเหนื่อย

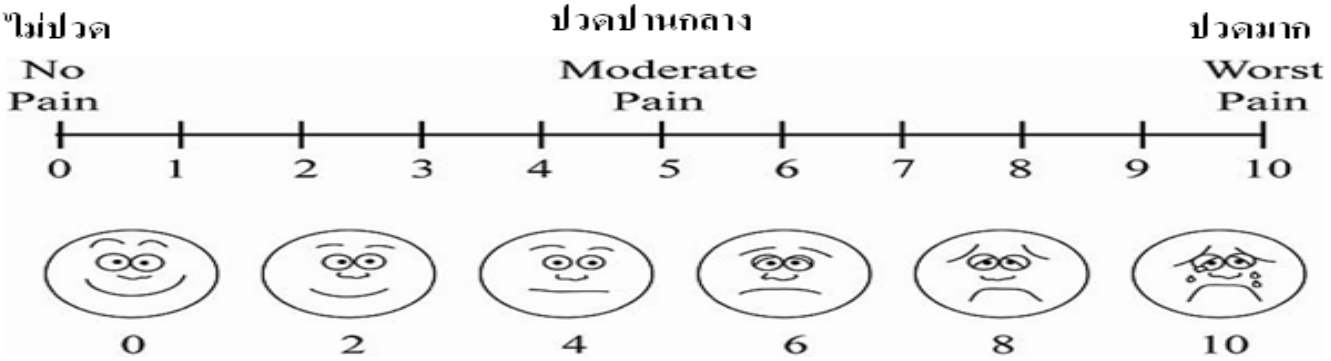
ศูนย์ Palliative care โรงพยาบาลบ้านผือ จ.อุดรธานี

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |




**พยาบาลผู้ดูแล** น.ส.นันตพร บุญธรรม **โทรศัพท์ 088-7590868**

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