

ระบบ Medication Reconciliation (กระบวนการประสานรายการยาเดิมของผู้ป่วย)

1. ความหมายและความสำคัญของการทำ Medication reconciliation

Medication reconciliation (MR) เป็นกระบวนการที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้ได้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในกรอบเวลาที่กำหนด ทั้งชื่อยา ขนาดรับประทาน ความถี่ และวิธีใช้นั้น ๆ (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร) หลังจากที่ได้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องแล้วต้องมีการเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วงที่มีการย้ายหอผู้ป่วย และรายการยาในวันกลับบ้าน หากพบความแตกต่างของรายการยาต้องมีการบันทึกเหตุผลเพื่อสื่อสารข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายการยาดังกล่าวนี้นี้ต้องติดตามผู้ป่วยไปทุกรายต่อการให้บริการทั้งในสถานพยาบาลเดียวกันและต่างสถานพยาบาล เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

กระบวนการ medication reconciliation ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้

1. Verification บันทึกรายการยา อาหารเสริม สมุนไพร ที่ผู้ป่วยได้รับ
2. Clarification ทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก เพื่อให้มั่นใจว่ายาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้นเหมาะสม หากสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ๆ
3. Reconciliation เปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับและบันทึกการเปลี่ยนแปลงในคำสั่งใช้ยาพร้อมเหตุผล (หากเป็นไปได้)
4. Transmission เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยให้สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับกับตัวผู้ป่วยเองหรือกับผู้ดูแล และ ส่งตัวรายการยาดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อรับการรักษาต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายแผนกหรือย้ายหอผู้ป่วยก็ควรส่งต่อข้อมูลรายการยาไปยังหน่วยงานใหม่ด้วย

2. แหล่งสืบค้นข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย

- 2.1 ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาจากบ้านด้วย
- 2.2 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอง ญาติ หรือผู้ดูแล
- 2.3 เวชระเบียน (หากเป็นผู้ป่วยประจำของโรงพยาบาล) รวมถึงโปรแกรม HosXP
- 2.4 การโทรประสานกับโรงพยาบาลอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับยาประจำ

3. วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็น หรือได้รับยาซ้ำซ้อน หรือยาที่มีอันตรายต่อกัน
- 3.2 เพื่อความต่อเนื่องของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับทุกสภาวะโรคที่เป็นอยู่ เช่น ยาเดิมในอดีตก่อนมาโรงพยาบาล การส่งต่อการใช้ยาระหว่างหอผู้ป่วย เป็นต้น

3.3 เพื่อเก็บข้อมูล สื่อสารเกี่ยวกับยา และติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสม

3.4 เพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา

4.เป้าหมาย

4.1 เพื่อติดตามการใช้ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยาที่ซื้อใช้เอง สมุนไพร วิตามิน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ฯลฯ

4.2 ป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง ขณะเข้ารับการรักษาและเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.3 ป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการได้รับยาซ้ำซ้อน และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเนื่องมาจากผู้ป่วยมีได้รับยาจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว

4.4 เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และแม่นยำในการส่งต่อข้อมูลการใช้ยาเมื่อย้ายหอผู้ป่วย ย้ายสถานพยาบาลหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

4.5 สามารถรับทราบข้อมูลการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วยเมื่อมารับการรักษาครั้งต่อไป

4.6 ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล

4.7 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

5.ขอบเขต

การดำเนินงานครอบคลุมถึงกระบวนการประสานรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับระหว่างย้ายหอผู้ป่วย ไปจนถึงย้ายสถานพยาบาล หรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องให้ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลและการนำไปใช้

6.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ช่วยลดความคลาดเคลื่อน (Medication error) ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยได้รับอย่างต่อเนื่อง
- 2.ไม่ได้หยุดยาบางตัวก่อนเข้ารับการทำหัตถการบางอย่าง
- 3.ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนเนื่องจากไม่มีการแจ้งแพทย์ทราบเรื่องยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่
- 4.ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์หยุดสั่งใช้แล้ว

6.2 เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

6.3 ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

7. เครื่องมือช่วยในการทำ MR

7.1 แบบบันทึกข้อมูลรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพเดิมที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้าโรงพยาบาล (Admission Medication Reconciliation Form, ใบ MR)

โรงพยาบาลอโศก
Admission Medication Reconciliation Form
แบบบันทึกข้อมูลรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพเดิมที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้าโรงพยาบาล

โรงพยาบาลอโศก
ADMISSION MEDICATION RECONCILIATION FORM
แบบบันทึกข้อมูลรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพเดิมที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้าโรงพยาบาล (ประเภทผู้ป่วยนอก)

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว: Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without

ชื่อผู้ป่วย: ใจบุญใจดี
เลขที่บัตร: 054622
ชื่อ นามสกุล: สุวรรณีพร
อายุ: 69 ปี นักรัก 00 คท.
BP: 110/80 FBS: 148
ที่อยู่: อ.เมือง จ.นนทบุรี รพ.อโศก
ประวัติการรับยา:

ชื่อผลิตภัณฑ์	ขนาดยา	จำนวน	Last Dose Taken	กำลังใช้ของแพทย์	Hold	Discontinue
1. WARFARIN Sodium 2 mg/เม็ด	2 mg/เม็ด	1				
2. ASPIRIN 81mg/เม็ด	81 mg/เม็ด	1				
3. LISINAPRIL TABLET 10 mg/เม็ด	10 mg/เม็ด	1				
4. CARVEDILOL TABLET 6.25 mg/เม็ด	6.25 mg/เม็ด	1				
5. BISMUTH DINITRATE 120 mg/เม็ด	120 mg/เม็ด	1				
6. FLUTICASONO (ONONAS) EVODALEX 125 mcg/แผ่นฟิล์ม (28 แผ่น)	125 mcg/แผ่นฟิล์ม	1				
7. OMEPRazole (LOSEC) 20 mg/แคปซูล	20 mg/แคปซูล	1				
8. LACTULOSE SYRUP 66.7 g/ช้อน (100 mL)	66.7 g/ช้อน	1				
9. SENNA (SENOKOT) 8.66 mg/เม็ด	8.66 mg/เม็ด	1				
10. ATORVASTATIN 40 mg/เม็ด	40 mg/เม็ด	1				

7.2 ใบติดหน้าซองยาเดิมผู้ป่วย (แยกซองยาที่แพทย์สั่งใช้ และไม่สั่งใช้ หรือยังไม่พิจารณา)

ยาเดิมผู้ป่วย

ชื่อ.....

[] แพทย์สั่งใช้

[] แพทย์ไม่สั่งใช้

[] แพทย์ยังไม่พิจารณา

7.3 ใบแจ้งเตือนยาเดิมผู้ป่วย เพื่อเตือนเจ้าหน้าที่ห้องยาว่ามียาเดิมผู้ป่วยเก็บไว้ที่ห้องยา โดยจะติดไว้ด้านขวาบนของใบ Patient's drug Profile (PDP) พร้อมระบุหมายเลขลิ้นชัก เพื่อให้เจ้าหน้าที่จัดยาสามารถหายาเดิมผู้ป่วยได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

แจ้งเตือน!!! ยาเดิมผู้ป่วย

ไม่มียาเดิม ยาเดิม รพ.อโศก

ยาเดิม รพ.อื่น

เก็บที่ ห้องยา วันที่...../...../.....

WARD/ผู้ป่วย

ไม่ได้นำมา

หมายเลขลิ้นชัก

7.4 ใบติดหน้าลิ้นชัก (แยกตามหอผู้ป่วย และหมายเลขลิ้นชัก)

HN.....
ชื่อ-สกุล.....
Ward.....

7.5 แบบบันทึกการปรึกษาปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยใน (DRPs consultation form, ใบ consult) เขียนใบ consult แพทย์ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ แนบไปพร้อมใบ PDP และใบMR ที่ลงข้อมูลครบสมบูรณ์ ส่งกลับหอผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์พิจารณารายการยาเดิมผู้ป่วย

แบบบันทึกการปรึกษาปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยใน		<input type="checkbox"/> ไม่พบข้อบกพร่อง	<input type="checkbox"/> มีข้อ
Drug-Related Problem (DRP) Consultation Form		<input type="checkbox"/> ไม่พบข้อบกพร่อง	<input type="checkbox"/> มีข้อ
ชื่อ-สกุล/ชื่อหอผู้ป่วย	อายุ ปี ๒๕๖๖	ชื่อผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ความเสี่ยงสูง
รายนาม	วันที่รับ	ชื่อเตียง	<input type="checkbox"/> ฉุกเฉิน
Problem	Problem		
ชื่อยา.....	6. ผลยา:		
<input type="checkbox"/> 1.1 ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> 6.1 ผู้ใช้ยาพบว่า..... กับ.....		
<input type="checkbox"/> 1.2 ใช้ยาระยะที่ไม่เป็นสากล	<input type="checkbox"/> 6.2 ยานี้มีข้อบ่งชี้.....		
<input type="checkbox"/> 1.3 ถึงขนาด	7. ยาที่ใช้มีข้อบ่งชี้.....		
<input type="checkbox"/> 1.4 จำนวนครั้ง			
<input type="checkbox"/> 1.5 จำนวนครั้งต่อวัน			
<input type="checkbox"/> 1.6 ไม่มีใบสั่งยาหรือขนาด	8. Drug Abuse		
ความแรง (Strength).....	<input type="checkbox"/> 8.1 ผู้ป่วยใช้ยาเกินขนาดหรือใช้ผิดคำสั่งแพทย์		
<input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ชัดเจน	ชื่อยา..... จำนวน.....		
<input type="checkbox"/> 2.2 ไม่ตรงตามจริง	<input type="checkbox"/> 8.2 ผู้ป่วยใช้ยา.....		
<input type="checkbox"/> 2.3 ใช้ไปหมดก่อนวันหมดอายุยา		
รูปแบบยา (Dosage Form).....	9. อื่นๆ		
<input type="checkbox"/> 3.1 ไม่ระบุไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> 9.1 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่ควรได้รับ		
<input type="checkbox"/> 3.2 ไม่มีใบสั่งยาหรือขนาด	<input type="checkbox"/> 9.2 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่ควรได้รับซึ่งมีใบสั่งยาและใบรายการยา		
<input type="checkbox"/> 3.3 รูปแบบยาเป็น.....	ชื่อ.....		
ขนาดและวิธีใช้ (Dosage Regimen).....	<input type="checkbox"/> 9.3 ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามใบสั่งยาของผู้ป่วย		
<input type="checkbox"/> 4.1 ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> 9.4 ผู้ป่วยขอเพิ่ม/ลดยา.....		
<input type="checkbox"/> 4.2 ไม่ระบุ	<input type="checkbox"/> 9.5 ยานี้เคยใช้แล้ว.....		
<input type="checkbox"/> 4.3 Orig. Dose	<input type="checkbox"/> 9.6.....		
<input type="checkbox"/> 4.4 Lower Dose			
<input type="checkbox"/> 4.5 Usual Dose	ส่งต่อแพทย์พิจารณา		
<input type="checkbox"/> 4.6 กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการได้รับ		
จำนวนยา.....		
<input type="checkbox"/> 5.1 ไม่ชัดเจน	โทร. 2238 หรือ 2239		
<input type="checkbox"/> 5.2 ไม่สอดคล้องกับวันนัด	กรณีสืบ.....		
<input type="checkbox"/> 5.3 ไม่ระบุ			
<input type="checkbox"/> 5.4 ปริมาณเกินกำหนด			
หมายเหตุ: <input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน	ส่งต่อแพทย์พิจารณา <input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน		

7.6 ใบ Patient's drug Profile (PDP)

7.8 ใบสรุปรายการยาโรคเรื้อรังเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย

ชื่อแพทย์: **ใบสั่งยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาล อัสรา** Page 1 of 1

Ward: ICU 09/09/19M ชื่อ: ICU010 เลขที่ใบสั่งยา: 4930246 สถานะ: ใบสั่งยา

AN: 620020947 HN: 0298334 วันที่จ่ายยา: 29 ก.ค. 2019 เวลา: 14:46:24 ชั้นตึก/ห้อง: 1

ชื่อ น.ส. เต็มชื่อ: จุฬารัตน์ อายุ: 58 ปี น้ำหนัก: 0 สิทธิการรพ. ย: 72 - ผู้ป่วยได้นิย

Diag (first Diag): 17 ก.ค. 19 Pneumonia, unspecified

09/09/19 7/10/19 19/09/19

ลำดับ	รายการ	วิธีใช้	จำนวน	ราคา	วันที่เริ่มจ่าย
1	PREDNISOLONE 5 mg เม็ด	รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า	180	180.00	
C 2	FOLIC ACID 5 mg เม็ด	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า	60	30.00	23 ก.ค. 2019
C 3	CALCIFEROL (VITAMIN D2) 20000 u เม็ด	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้าทุกวัน (สัปดาห์ 15 - 4)	4	9.00	23 ก.ค. 2019
C 4	METHOTREXATE 2.5 mg เม็ด	รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า (สัปดาห์ 1 และ 2)	40	260.00	23 ก.ค. 2019
C 5	CALTAB (CaCO3) 1250 mg เม็ด	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า	60	60.00	23 ก.ค. 2019
C 6	CHLOROQUINE PHOSPHATE 250 mg เม็ด	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า	60	60.00	23 ก.ค. 2019
C 7	SIMGASTIN 20 mg เม็ด	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า	60	90.00	24 ก.ค. 2019
C 8	TRHYOXIN SODIUM (T4) 100 mcg เม็ด	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า	60	60.00	24 ก.ค. 2019
S 9	INH INJECTION 1000 units/ml, vial (10 ml)	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 2 ครั้งก่อนอาหารเช้า 8 ภูเก็ต เม็ด 6 ภูเก็ต 2	180.00	180.00	29 ก.ค. 2019
S 10	SYRINGE INSULIN 300 U (300)		30	97.50	29 ก.ค. 2019
S 11	AMITRIPTYLINE 10 mg เม็ด	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า	60	30.00	29 ก.ค. 2019

อย่าทำหาย !!!

โปรดส่งรายการนี้ส่งต่อให้สถานพยาบาลที่ไปรักษาต่อ
 หรือ ส่งคืนมาที่ รพ.อัสรา รพ.กรุงเทพ
 (หากกลับบ้านจาก รพ.อัสรา)

ค่าขาย: 959.00 ค่าWNED: 0.00 รวมค่ายา: 959.00 เหยียดเงินใช้จริง: 98.00

รวมมูลค่าทั้งหมด: 1,858.50

ICU	SDPT
PHU	HCT
SCOT	

ผู้สั่งยา: _____ เภสัชกร Check ๑: _____ เภสัชกรผู้จ่าย: _____
 ผู้รับใบสั่งยา: นางสาวอุบล บุญสุข ผู้รับยา: _____ เภสัชกร Check ๑: _____

งานบริการผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอัสรา
 โทร: 090-3208608, 045-973900 - 5 ต่อ 1579, 1542

8. บทบาทความรับผิดชอบ

8.1 แพทย์:

- พิจารณาการสั่งใช้ยาเดิมของผู้ป่วยขณะแรกรับ (admit) โดยมีการทบทวนยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยที่เข้าก่อนมา นอนโรงพยาบาลร่วมกับการวินิจฉัยโรค

- ลงชื่อรับทราบการสั่งใช้ยาเดิมในใบ MR

- พิจารณาการสั่งใช้ยาเดิมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

8.2 พยาบาล :

- ชักประวัติการใช้ยาเดิมผู้ป่วยจากผู้ป่วยหรือญาติ หรือค้นหาประวัติยาเดิมของผู้ป่วยจากแหล่งอื่นๆ เช่น โปรแกรม HosXP พร้อมระบุแหล่งที่ผู้ป่วยรับยาเดิมในใบ Patient's drug Profile (PDP)

- แจ้งแพทย์ผู้รักษาให้ทราบว่าผู้ป่วยมียาเดิมเพื่อพิจารณาการใช้ยา

- ลงข้อมูลยาเดิมลงในใบ MR ให้ครบถ้วน แล้วนำส่งห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน พร้อมกับยาเดิมผู้ป่วยช่วงในเวลาราชการ 8.00-16.00 น.

- กรณียาที่ผู้ป่วยซื้อจากรพ.เอกชน หรือคลินิกเอกชน ให้ลงข้อมูลยาเดิมลงในใบ MR ให้ครบถ้วน โดยไม่ต้องส่งยา เหล่านั้นมาเก็บที่ห้องยา ให้เก็บไว้ที่ห้องผู้ป่วย เพื่อป้องกันยาสูญหาย

8.3 เภสัชกร:

- ถ้าผู้ป่วยรับยาเดิมที่โรงพยาบาลโสธร ให้เภสัชกรพิมพ์ใบ MR จากโปรแกรม HosXP
- ถ้าผู้ป่วยรับยาเดิมที่อื่น ให้เภสัชกรโทรประสานขอรายการยาเดิมจากรพ.นั้นๆ และเขียนรายการยาเดิมลงในใบ MR (สีเขียว)
- ตรวจสอบยาเดิมผู้ป่วยอีกครั้ง ได้แก่ชื่อยา ความแรง ขนาดวิธีใช้ จำนวน และตรวจสอบสภาพยาว่าเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุหรือไม่ พร้อมตรวจสอบเวลารับประทานยาล่าสุดที่พยาบาลลงข้อมูลในใบ MRทำการเปรียบเทียบกับรายการยาแรกรับ
- กรณีแพทย์สั่งใช้ยาเดิมผู้ป่วย
 - ถ้าเป็นยาที่มีในบัญชียาโรงพยาบาลให้ใช้ยาของโรงพยาบาล
 - ถ้ายานั้นไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลให้ใช้ยาเดิมของผู้ป่วย
 - กรณียานั้นเป็นยา Therapeutic Index แคบ ได้แก่ Digoxin, Warfarin, Theophylline และ Phenytoin ให้ใช้ยาเดิมของผู้ป่วยจนกว่ายานั้นหมดแล้วค่อยใช้ยาของโรงพยาบาลแทน โดยห้องยากระจายยาออกไปให้ผู้ป่วยตามระบบ One Day Dose
 - กรณียาตู้เย็น เช่น Insulin แบบ Penfill และ Syringe ให้เก็บยานั้นไว้ที่หอผู้ป่วย เนื่องจากไม่สะดวกในการจ่ายยา พร้อมเขียน Note แจ้งว่า ยาเดิมผู้ป่วยเก็บอยู่ที่ Ward
 - สำหรับยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อเภสัชกรพิจารณายาเดิมแล้ว พบว่าไม่เกิดปัญหาในการใช้ยาจะทำการคืนยาเดิมแก่หอผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรับประทานยาเดิมเอง เพื่อความตรงเวลาในการบริหารยา
- กรณีแพทย์ยังไม่พิจารณายาเดิมผู้ป่วย ให้ส่งใบ MR แนบกับใบ consult ส่งกลับตึกเพื่อให้พยาบาลแจ้งให้แพทย์พิจารณาอีกครั้ง
 - ทบทวนและพิจารณาในการสั่งใช้ยาแรกรับ และยาเดิมของผู้ป่วย ในประเด็นต่างๆ เช่น ความซ้ำซ้อน, ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาต่อกัน, ไม่ได้สั่งยาเดิมที่ผู้ป่วยควรได้รับ, ขนาดวิธีใช้ที่ไม่ถูกต้อง รวมถึง DRPs ที่อาจจะเกิดขึ้น ถ้าพบปัญหาในกรณีที่ไม่เร่งด่วนให้เขียนใบ consult แนบกับใบPDP เพื่อปรึกษาแพทย์ แต่ในกรณีเร่งด่วนให้โทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ทันทีพร้อมเขียนใบ consult แนบกับใบPDPเพื่อบันทึกผลการปรึกษาแพทย์และการแก้ไข
- เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาเดิมผู้ป่วย เภสัชต้องคัดลอกยาเดิมที่สั่งใช้นั้นลงในใบ PDP
 - ถ้ายาเดมนั้นเป็นยาในบัญชียาโรงพยาบาลให้ลงจำนวน คิตราค่า จัดยาตามปกติ
 - ถ้ายาเดมนั้นไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลหรือใช้ยาเดิมของผู้ป่วย ให้ระบุว่า “ยาเดิมผู้ป่วย” เพื่อให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมพิมพ์ฉลากว่า “ยาเดิมผู้ป่วยแพทย์สั่งใช้ต่อ”
- ติด “ใบแจ้งเตือนผู้ป่วยมียาเดิม” ที่ด้านขวาของใบPDP พร้อมระบุหมายเลขลินซิกที่เก็บ
- แยกซองยาที่แพทย์สั่งใช้และไม่สั่งใช้พร้อมติดใบ “ยาเดิมผู้ป่วย” ระบุว่าแพทย์สั่งใช้หรือไม่สั่งใช้ที่ซองซิปลใหญ่

- นำยาเดิมผู้ป่วยเก็บที่ตู้เก็บยาเดิมผู้ป่วย พร้อมเขียน HN, ชื่อ-สกุล, Ward ลงในใบติดหน้าลิ้นชักโดยแยกเก็บยาเดิมผู้ป่วยตามหอผู้ป่วย และตามหมายเลขลิ้นชักที่ว่าง

- กรณีผู้ป่วยถูกจำหน่าย เกสเซอร์ต้องเปิดดูใบ PDPทุกครั้งว่าผู้ป่วยมียาเดิมอยู่ที่ห้องยาหรือไม่ เพื่อป้องกันการลืมนำยาเดิมคืนให้ผู้ป่วย

- กรณีผู้ป่วยมียากลับบ้านเป็นยารักษาโรคเรื้อรัง และมีนัดพบแพทย์ หรือส่งต่อโรงพยาบาลอื่น ให้มอบใบสรุปรายการยาโรคเรื้อรังให้กับผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง เพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลเรื่องยาของผู้ป่วย

8.4 เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม :

- สำหรับผู้ป่วยแกร็บ

- ถ้ายาเดิมที่แพทย์สั่งใช้นั้นเป็นยาในบัญชียาโรงพยาบาลให้พิมพ์ฉลาก คิตรายาคาตามปกติ

- ถ้ายาเดิมแพทย์สั่งใช้นั้นไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลหรือใช้ยาเดิมของผู้ป่วย ให้พิมพ์ฉลากเป็น “ยาเดิมผู้ป่วยแพทย์สั่งใช้ต่อ” โดยพิมพ์ชื่อยา จำนวน และวิธีใช้ เพื่อสื่อสารให้เจ้าหน้าที่จัดยานำยาเดิมของผู้ป่วยมาจัด

- สำหรับผู้ป่วยถูกจำหน่าย

- ถ้าใช้ยาโรงพยาบาล ให้พิมพ์ฉลากและคิตรายาคาตามปกติ

- ถ้าใช้ยาเดิมผู้ป่วยให้พิมพ์ฉลากเป็น “ยาเดิมผู้ป่วยแพทย์สั่งใช้ต่อ” ทุกครั้ง เพื่อบันทึกประวัติการใช้ตอนจำหน่ายและแจ้งหมายเลขลิ้นชักเก็บยาใน “ใบแจ้งเตือน ผู้ป่วยมียาเดิม” ที่ด้านขวาของใบPDP เพื่อให้เจ้าหน้าที่จัดยานำยาเดิมผู้ป่วยมานับจำนวน ถ้าพบปัญหาให้แจ้งเภสัชกร เพื่อปรึกษาแพทย์ต่อไป

- กรณีผู้ป่วยมียากลับบ้านเป็นยารักษาโรคเรื้อรัง และมีนัดพบแพทย์ หรือส่งต่อโรงพยาบาลอื่นให้สั่งพิมพ์ใบสรุปรายการยาโรคเรื้อรังด้วยทุกครั้ง

8.5 เจ้าหน้าที่จัดยา :

- สำหรับผู้ป่วยแกร็บ

- ถ้าฉลากยาเป็นชื่อยาตามปกติ ให้จัดยาของโรงพยาบาล

- ถ้าฉลากยาเป็น “ยาเดิมผู้ป่วยแพทย์สั่งใช้ต่อ”ให้นำยาเดิมผู้ป่วยในตู้เก็บยาเดิมผู้ป่วยมาจัดโดยสังเกต “ใบแจ้งเตือน ผู้ป่วยมียาเดิม” ที่ด้านขวาของใบPDP จะระบุหมายเลขลิ้นชักที่เก็บยาทำให้สามารถหายาเดิมผู้ป่วยได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น หลังจากจัดยาตามชนิดยา และจำนวนที่ระบุ ให้เก็บยาเข้าลิ้นชักให้เรียบร้อย

- สำหรับผู้ป่วยถูกจำหน่าย

- ถ้าฉลากยาเป็นชื่อยาตามปกติ ให้จัดยาของโรงพยาบาล

- ถ้าฉลากยาเป็น “ยาเดิมผู้ป่วยแพทย์สั่งใช้ต่อ”ให้นำยาเดิมผู้ป่วยมาจัด โดยเอายาเดิมออกจากลิ้นชักและนำใบติดหน้าลิ้นชักออกมาด้วยทุกครั้ง

- กรณีผู้ป่วยมียากลับบ้านเป็นยารักษาโรคเรื้อรัง และมีนัดพบแพทย์ หรือส่งต่อโรงพยาบาลอื่น ให้นำใบสรุปรายการยาโรคเรื้อรังแนบกับ PDP ลงตะกร้ายากลับบ้านของผู้ป่วยด้วย

รายละเอียดเพิ่มเติม : กรณี Refer ให้ส่งญาติหรือเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย มารับยาเดิมคืนที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ในกรณีลืมมารับยาเดิมคืนแล้วทางห้องจ่ายยาผู้ป่วยในตรวจพบให้หอผู้ป่วยเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับผู้ป่วยเองเพื่อให้มารับยาเดิมคืน หากไม่มาติดต่อรับยาเดิมคืนภายใน 1 เดือน ทางห้องจ่ายยาผู้ป่วยในจะเก็บยานั้นทิ้งหรือนำไปใช้ประโยชน์อื่น

9. แนวทางการปฏิบัติงาน Medication reconciliation (ตามแผนภูมิแนบท้าย)

