

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา

Pethidine injection: 50 mg/1 ml/amp

ชื่อ.....อายุ.....ปี

หอผู้ป่วย.....ว/ด/ป.....

HN..... AN.....

ข้อควรระวังในการบริหารยา

การผสมยา:

- สามารถผสมใน NSS, D5W, RLS

Antidote : Naloxone : ผู้ใหญ่ 0.4 - 2 mg อาจให้ซ้ำทุก 2-3 นาที จนผู้ป่วยรู้สึกตัวและ RR \geq 10 ครั้ง/นาที (max. 10 mg)
: เด็ก 0.01 mg/kg IV อาจให้ซ้ำ 0.1 mg/kg/dose

Sedative score

- 0 = ไม่ง่วงซึมตื่น
สดชื่นดี
1 = ง่วงซึมเล็กน้อย
ปลุก ตื่นง่าย
2 = ง่วง ซึม ปานกลาง
ง่วงบ่อย หรือตลอดเวลา
แต่ปลุกตื่นง่าย
3 = ง่วงซึมอย่างรุนแรง
หลับยาก ปลุกตื่นยาก

การบริหารยา

- สามารถให้ได้ทั้ง IM, SC, IV, IV infusion
- IV Infusion เจือจางให้ได้ความเข้มข้น 1 mg/ml
- หากจำเป็นต้องฉีด IV push ต้องเจือจางก่อนเสมอและฉีดช้าๆ อย่างน้อย 5 นาที (max.conc. 10 mg/ml)
- หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับ Morphine, Tramol
- ห้ามให้ในผู้ที่ได้รับยา MAOIs เช่น selegiline และควรหยุดยา MAOIs > 2 สัปดาห์
- ไม่ควรให้ยาติดต่อกันเกิน 48 ชม. ไม่ควรใช้ขนาดยาเกิน 600 mg ภายใน 24 ชม.
จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษจากยา

การติดตามการให้ยาผู้ป่วยสำหรับยาฉีด (หรือตามแพทย์สั่ง)

วันที่													
IV push : ทุก 5 นาที x 4 ครั้ง ต่อไป 30 นาที x 2 ครั้ง													
Sc,IM : ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ต่อไป ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง													
IV infusion : ทุก 1 ชม x 4 ครั้ง และต่อไป ทุก 4 ชม.													
รายงานแพทย์เมื่อ													
RR	- ผู้ใหญ่: RR < 10 ครั้ง/นาที												
	- เด็กอายุ < 1 ปี : RR < 30 ครั้ง/นาที												
	- เด็กอายุ 1-10 ปี: RR < 20 ครั้ง/นาที												
	- เด็กอายุ > 10 ปี: RR < 15 ครั้ง/นาที												
HR	- ผู้ใหญ่ HR < 60 ครั้ง/นาที												
	- อายุ < 1 ปี HR < 120 ครั้ง/นาที												
	- อายุ 1-10 ปี HR < 80 ครั้ง/นาที												
	- อายุ > 10 ปี HR < 60 ครั้ง/นาที												
• BP < 90/60 mmHg													
• ความรู้สึกตัว (sedative score \geq 2)													
• Pain score \geq 4													
• ขนาดรูม่านตาหด pupil \leq 2 mm หรือขยาย > 4 mm													
(ลงชื่อ)													

หมายเหตุ : ให้ระบุค่าที่วัดได้ หากสัญญาณชีพผิดปกติให้ วงกลม เพื่อรายงานแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์ (ชักถามอาการ หากผู้ป่วยสื่อสารได้)

วันที่												
	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
เวลา												
• ปวดศีรษะ/คลื่นไส้/อาเจียน/เบื่ออาหาร												
• สับสน ใจสั่น												
• เกร็งกระตุก/ชัก tremors, myoclonic												
• ปากแห้ง/กระหายน้ำ												
• ผื่นคัน												
• ท้องผูกติดต่อกัน 3 วัน												
(ลงชื่อ)												

หมายเหตุ: ทำเครื่องหมาย ✓กรณีมีอาการไม่พึงประสงค์; x เมื่อไม่มีอาการไม่พึงประสงค์; - หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้