 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลยโสธร ภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ กลุ่มงานเภสัชกรรม

**ที่** ยส.0033.๒๒๓/ **วันที่** เมษายน ๒๕๖๗

**เรื่อง** แจ้งแนวทางการสั่งใช้ยา Three-in-one parenteral nutrition 986 ml เพื่อประกอบการตั้งเบิก

**เรียน** แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and therapeutic Committee: PTC) ครั้งที่ 1/2567 วันที่ 21 พฤศจิกายน ๒๕๖๖ มีมติให้กำหนดเงื่อนไขการสั่งใช้ยาที่เข้าบัญชีโรงพยาบาล จำนวน 1 รายการ คือ Three-in-one parenteral nutrition (Smofkabiven) 986 ml สั่งใช้เฉพาะแพทย์สาขาอายุรศาสตร์โรคไต ดังนี้

**ผู้ป่วยนอก** เป็นผู้ป่วย CKD on HD

* ใช้ในผู้ป่วยสิทธิเบิกได้จ่ายตรง และผู้ป่วยชำระเงินเอง (กรณีไม่เข้าเกณฑ์)
* แนบแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยา ในครั้งแรก
* ต้องผ่านการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำ ทุก 60 วัน และพบว่ามี moderate-severe malnutrition คือมี NAF (Nutrition alert form) ในระดับ B หรือ C
* เบิกที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 ถุงต่อวันที่การฟอกไต และสูงสุดไม่เกิน 24 ถุงต่อ 60 วัน

**ผู้ป่วยใน**  เป็นผู้ป่วย CKD on HD

* ใช้ในผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษา (เบิกรวมใน DRG)
* แนบแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยา
* ต้องผ่านการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำ ทุก 60 วัน และพบว่ามี moderate-severe malnutrition คือมี NAF (Nutrition alert form) ในระดับ B หรือ C
* จ่ายได้สูงสุดไม่เกิน 1 ถุง/ 1 วันที่มีการฟอกไต
* ไม่จ่ายเป็นยากลับบ้าน

โดยกำหนดเริ่มดำเนินการในวันที่ 1 เมษายน 2567 เป็นต้นไป รายละเอียดแนวทางปฏิบัติและแบบฟอร์ม (ตามเอกสารแนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ

**แผนภูมิ การดำเนินการการสั่งใช้ยา Three-in-one parenteral nutrition 1,100 kcal (986 ml)**

**กรณีเป็นผู้ป่วยนอก OPD case**

|  |
| --- |
| **แพทย์ :**  สั่งจ่ายได้เฉพาะแพทย์ในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต   * ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยสิทธิเบิกได้จ่ายตรง หรือชำระเงินเอง (กรณีไม่เข้าเกณฑ์) * สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนด ส่งแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยา กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ระบุวันที่เริ่มประเมินและวันสิ้นสุดลงฉลากยา โปรแกรม HosXp (กรณีที่แบบฟอร์มเดิมยังไม่หมดอายุ 60 วัน ให้ใช้แบบฟอร์มเดิม) |

|  |
| --- |
| **พยาบาล :** กรณีจ่ายครั้งแรก: ให้ผู้ป่วยแนบแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยามา  ยื่นห้องยา (เฉพาะครั้งแรกที่มีการประเมินใหม่)  กรณีใช้ต่อเนื่อง : นำ “แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม” ระบุวันฟอกไต ที่มีฉลากยา SmofKabiven 986 ml มายื่นเบิกยาที่ห้องยา |

|  |
| --- |
| **ห้องยา :**  ใช้ในผู้ป่วย CKD on HD   * ตรวจสอบว่าผู้ป่วยสิทธิเบิกได้จ่ายตรง หรือผู้ป่วยชำระเงินเอง ตรวจสอบระยะเวลาแบบประเมินอยู่ในช่วงการใช้ยา (ครอบคลุม 60 วัน) * กรณีจ่ายครั้งแรก ห้องยาระบุ “เริ่มประเมินวันที่.......ถึงวันที่........ ช่วงอนุมัติ 60 วัน”   ในฉลากยา คีย์คิดราคา ตามจำนวนที่แพทย์ระบุ เช่น 24 ถุง -> ติดฉลากยาใน “แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม” -> จ่ายจริง ๑ ถุง/1 วันฟอกไต จากนั้น คืน แบบฟอร์มทั้งหมดให้ไตเทียมเพื่อนำมาเบิกครั้งถัดไป  กรณีที่เบิกไปฟอกไตที่ศูนย์ไตเทียมเอกชน (นอกโรงพยาบาลยโสธร) ห้ามเกิน ๒๔ ถุงต่อ 60 วัน ตามช่วงอนุมัติแบบประเมิน และห้องยาระบุ “เริ่มประเมินวันที่.......ถึงวันที่........ ช่วงอนุมัติ 60 วัน” ในฉลากยา กับออก “แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม” เซ็นต์กำกับว่าจ่ายครบ  กรณีใช้ต่อเนื่อง : ไตเทียมนำ “แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม” มาเบิกยา  ห้องยาตรวจสอบ ช่วงอนุมัติแบบประเมินว่ายังครอบคลุมการสั่งใช้  ผู้ป่วยฟอกไตที่ ศูนย์ไตเทียมเอกชน  (นอกโรงพยาบาลยโสธร)  ผู้ป่วยฟอกไตที่หน่วยไตเทียม  ในโรงพยาบาลยโสธร  จ่ายได้ครั้งละ 1 ถุง/1 วันฟอกไต  เจ้าหน้าที่ไตเทียมมารับแทน  จ่ายไม่เกิน 24 ถุงต่อ 60 วัน  ห้ามจ่ายอีกระหว่างที่ช่วงอนุมัติยังไม่หมดอายุ |

|  |
| --- |
| **ศูนย์จัดเก็บรายได้ กลุ่มงานประกันสุขภาพ :**   * ส่งเบิกกรมบัญชีกลางทุกวัน * Statement ตอบกลับทุกวันที่ ๒ และ 15 ของทุกเดือน |

**แผนภูมิการดำเนินการการสั่งใช้ยา Three-in-one parenteral nutrition 1,100 kcal (986 ml)**

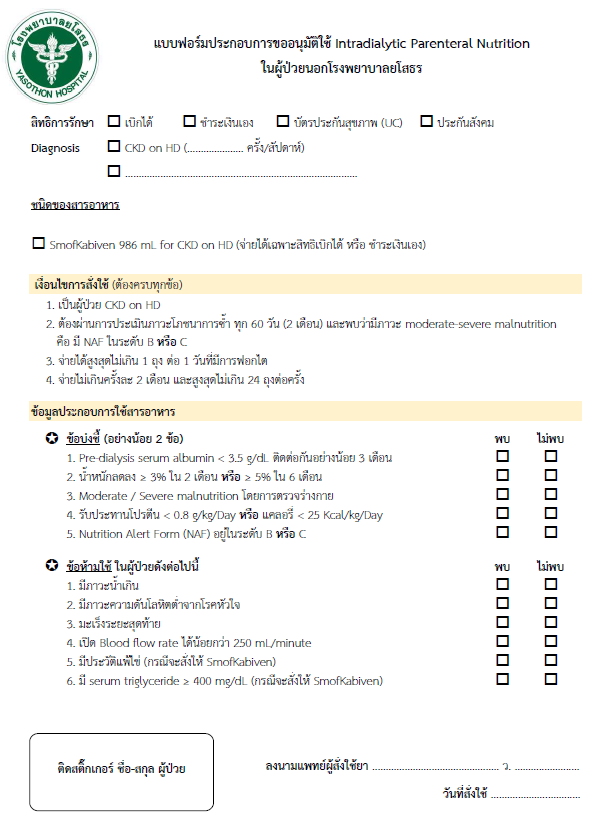
**กรณีเป็นผู้ป่วยใน IPD case**

|  |
| --- |
| **แพทย์ :**   * สั่งจ่ายได้เฉพาะแพทย์ในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต * สามารถจ่ายยาได้ในผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษา (เบิกรวมใน DRG) * สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนด ส่งแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยา กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ระบุวันที่เริ่มประเมินและวันสิ้นสุดของระยะเวลา   (กรณีที่แบบฟอร์มเดิมยังไม่หมดอายุ 60 วัน ให้ใช้แบบฟอร์มเดิม) |

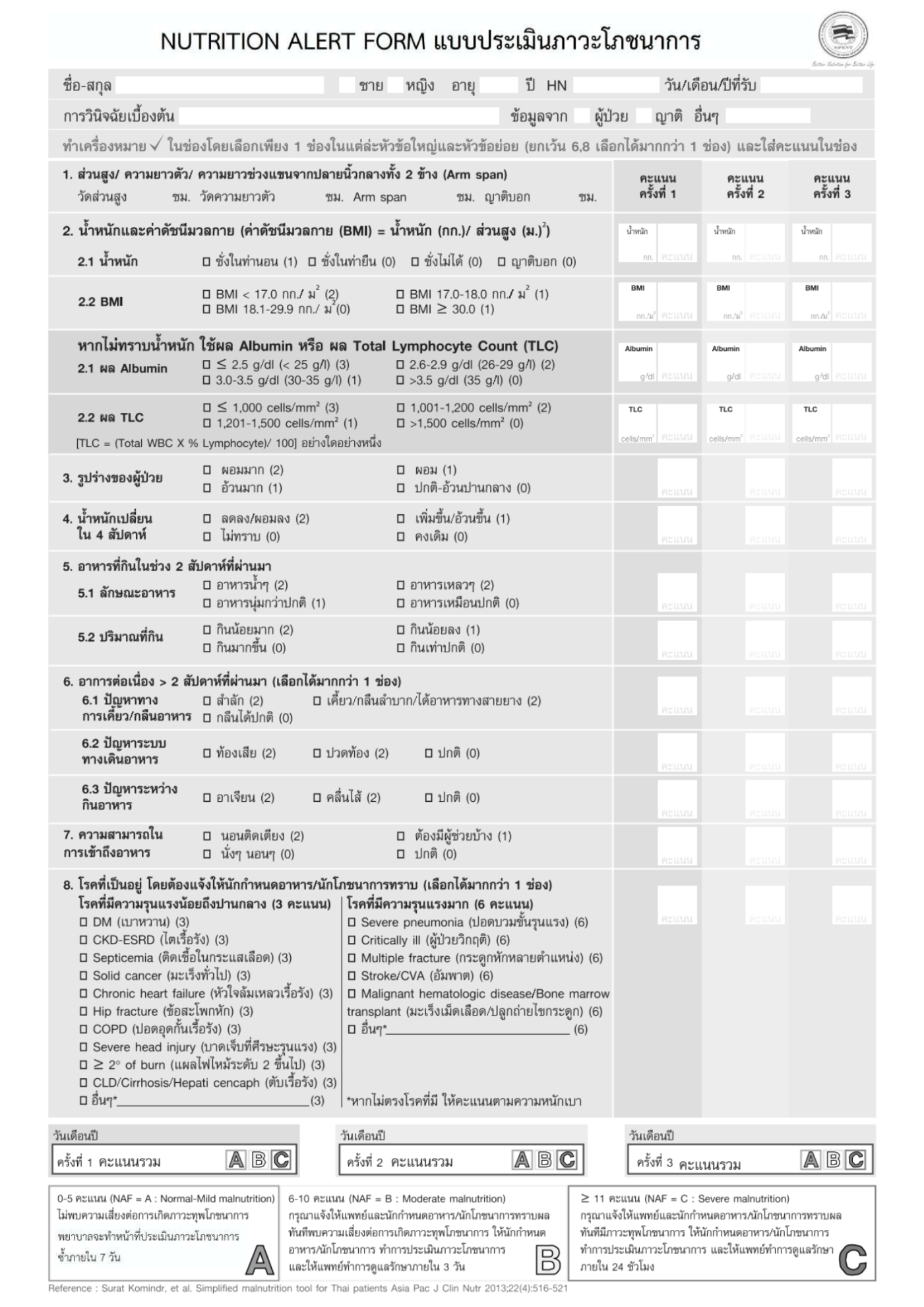
|  |
| --- |
| **พยาบาล :**   * ตรวจสอบรายการยา หากมีรายการ Three-in-one parenteral nutrition 1,100 kcal (986 ml) ให้ผู้ป่วยแนบแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยา มายื่นห้องยาทุกครั้ง |

|  |
| --- |
| **ห้องยา :**   * ใช้ในผู้ป่วย CKD on HD เท่านั้น * สามารถจ่ายยาได้ในผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษา ตรวจสอบระยะเวลาแบบประเมินอยู่ในช่วงการใช้ยา (ครอบคลุม 60 วัน) ทุกครั้งที่ส่งเบิกยา * คีย์ข้อมูลยาใน HosXp 1 ถุง (จ่ายได้สูงสุดไม่เกิน 1 ถุง/ 1 วันที่มีการฟอกไต) * กรณีจ่ายครั้งแรก ระบุเริ่มประเมินวันที่.......ถึงวันที่........ ในฉลากยาให้เรียบร้อย (กำหนดช่วงอนุมัติแบบประเมิน) จ่ายได้สูงสุดไม่เกิน 1 ถุง/ 1 วันที่มีการฟอกไต   ติดฉลากยาใน “แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม” และแยกเก็บแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการไว้ที่ชาร์ทผู้ป่วย  กรณีใช้ต่อเนื่อง : ส่งเบิกยาพร้อม “แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม” เจ้าหน้าที่ห้องยาตรวจสอบช่วงอนุมัติแบบประเมินว่ายังครอบคลุมการสั่งใช้ยา จึงคีย์ข้อมูลยาได้-> บันทึกข้อมูลใน HosXP เขียนวันที่ลงใน “แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม”   * ไม่ให้จ่ายเป็นยากลับบ้านสั่งใช้ได้ระหว่างนอนโรงพยาบาลเท่านั้น |

**แบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยา หน้า 1/2**



**แบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการประกอบการสั่งใช้ยา หน้า 2/2**



**“แบบฟอร์มการจ่ายสารอาหารทางการแพทย์ด้วยเครื่องไตเทียม” (ขนาด A5)**

