



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

ที่ สน.๐๐๓๒.๒๒๓/

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอส่งคืนยา Morphine Sustained Released หรือ Morphine syrup หรือ Morphine injection

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

เนื่องด้วยผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง..... HN.....ป่วยด้วยโรค
..... มีอาการเจ็บปวดมาก ซึ่งแพทย์ผู้ทำการรักษา คือ นพ./พญ
..... ได้สั่งยา MST ขนาด 10 mg. / 30 mg. จำนวนเม็ด
MO syr. จำนวน.....ขวด MO inj. จำนวนหลอด ให้กับผู้ป่วยเพื่อไปรับประทาน และฉีดที่บ้าน
แต่เนื่องจาก (สาเหตุการหยุดใช้ยาต่อ)..... ดังนั้น จึงขอส่ง
ยาดังกล่าวคืน ดังนี้ MST ขนาด 10 mg. / 30 mg. จำนวนเม็ด MO syr. จำนวน.....ขวด
MO inj. จำนวนหลอด ทั้งนี้เพื่อควบคุมการใช่มอร์ฟีนทุกชนิดให้รัดกุมและสามารถทำรายงาน
ส่งสำนักคณะกรรมการอาหารและยา ตามขั้นตอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ผู้ส่งคืนยา

(.....)

เภสัชกร ผู้รับคืนยา

(.....)

พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับคืนยา

(นายอิศรา จรูญธรรม)

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสกลนคร

ที่ สน.๐๐๓๒.๒๒๓/

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกยา Morphine injection

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

เนื่องด้วยผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง..... HN.....ป่วยด้วยโรค
..... อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีอาการเจ็บปวดมาก และไม่สามารถ
รับประทานยาทางปากได้ ซึ่งแพทย์ผู้ทำการรักษา คือ นพ./พ.ญ..... ได้สั่ง
ยา Morphine injection ขนาด.....ให้กับผู้ป่วยเพื่อไปฉีดที่บ้าน
จำนวน หลอด ทั้งนี้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด และคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ตามอัตรภาพ จึงขออนุมัติเบิกยา Morphine injection จำนวน.....หลอด ให้กับผู้ป่วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....

(.....)

พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบคืนหลอดยาเปล่า

.....

(.....)

แพทย์ผู้สั่งการรักษา