

แบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
โรงพยาบาลทันตกรรม

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อโรงพยาบาล.....

ขนาด

- โรงพยาบาลขนาดเล็ก (ไม่เกิน ๓๐ เตียง)
 โรงพยาบาลขนาดกลาง (๓๑-๙๐ เตียง)
 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (๙๑ เตียงขึ้นไป) โปรดระบุจำนวนเตียง เตียง

๒. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (รวม full time และ part time)

ทันตแพทย์ คน
เภสัชกร คน
พยาบาลวิชาชีพ คน
อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ ๒ การประเมินด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โรงพยาบาลทันตกรรม

ก. โปรดดูคำอธิบายประกอบการกรอกแบบประเมินฯ โดยสแกน QR code



แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน
(ตามแนวทาง PLEASE)

ข. ประเมินตนเองตามหัวข้อการประเมินและสรุปผลการประเมิน เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับ “ไม่มี” = ๐ คะแนน = ไม่มีการดำเนินกิจกรรมใดๆ

ระดับ “กำลังดำเนินการ” = ๑ คะแนน = เป็นกิจกรรมที่เริ่มดำเนินการ หรือมีการดำเนินการไม่ต่อเนื่อง หรือยังไม่สมบูรณ์ โดยมีเอกสารหรือหลักฐานแสดง

ระดับ “ดำเนินการแล้ว” = ๒ คะแนน = เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่องจนเป็นปกติของโรงพยาบาล โดยมีเอกสารหรือหลักฐานแสดง

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน			ดำเนินการตามกฎเกณฑ์ PLEASE ของ RDU
		ไม่มี (๐)	กำลัง ดำเนินการ (๑)	ดำเนินการ แล้ว (๒)	
๑	มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) หรือคณะกรรมการ ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบ ครอบคลุมเป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน				P คำอธิบายข้อ ๑-๖ P การดำเนินการข้อ ๑
๒	มีระบบทบทวนในการประเมินและติดตามการสั่งใช้ยา ผลการใช้ยา รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ประกอบวิชาชีพที่สั่งใช้ยาผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด หรือ คณะกรรมการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล และผู้ป่วยปลอดภัย				P การดำเนินการข้อ ๒, ๗
๓	มีการจัดทำบัญชีรายการยาและทบทวนรายการยาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง				P การดำเนินการข้อ ๓, ๔, ๕, ๖
๔	มีการกำหนดรายการยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) และมีระบบเตือนและเฝ้าระวังการใช้ยาความเสี่ยงสูง				P การดำเนินการข้อ ๗

แบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โรงพยาบาลทันตกรรม

คณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาและขับเคลื่อนภารกิจด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ Ver.1-010665

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน			ดำเนินการตามกฎแฉ PLEASE ของ RDU
		ไม่มี (๐)	กำลัง ดำเนินการ (๑)	ดำเนินการ แล้ว (๒)	
๕	มีระบบและกลไกที่ช่วยส่งเสริมและป้องกัน เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย เช่น				
	๕.๑ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องระวังการใช้ยาเป็นพิเศษ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยให้นมบุตร ผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin หรือยาที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วย G-6-PD deficiency เป็นต้น และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน /คอมพิวเตอร์ เพื่อสื่อสารแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง				P การดำเนินการข้อ ๙
	๕.๒ การคัดกรองประวัติแพ้ยาผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน /คอมพิวเตอร์ เพื่อสื่อสารแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย				P การดำเนินการข้อ ๙
	๕.๓ มีระบบตรวจสอบรายการยากรณีแพ้ยาส่งยาที่ผู้ป่วยแพ้หรือยาที่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีคล้ายคลึงกัน (Cross-reaction)				P การดำเนินการข้อ ๙
	๕.๔ มีระบบตรวจสอบรายการยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์/ยาที่ต้องระวังในสตรีให้นมบุตร				S การดำเนินการข้อ ๒ข, ๒ค
	๕.๕ มีระบบตรวจสอบรายการยากรณีแพ้ยาส่งยาซ้ำซ้อน				P การดำเนินการข้อ ๙
	๕.๖ มีระบบตรวจสอบคู่ยาที่เกิด fatal หรือ contraindicated drug interaction ทั้งยาที่แพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิม				P การดำเนินการข้อ ๙
	๕.๗ โรงพยาบาลของท่านมีระบบและกลไกที่ช่วยส่งเสริมและป้องกันเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม				
๖	ฉลากยาที่ใช้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. ๒๕๖๕				L การดำเนินการข้อ ๑
๗	มีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ในกรณีที่ไม่สามารถบรรจุข้อมูลยาในฉลากยาได้ทั้งหมด				L การดำเนินการข้อ ๒
๘	มีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคตาม Clinical Practice Guideline (CPG) เพื่อเลือกใช้อย่างสมเหตุผล				Es คำอธิบายข้อ ๔

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน			ดำเนินการตามกฎแฉ PLEASE ของ RDU
		ไม่มี (๐)	กำลัง ดำเนินการ (๑)	ดำเนินการ แล้ว (๒)	
๙	มีระบบการทบทวนและประเมินการใช้ยาในกลุ่มเป้าหมาย (Drug Use Evaluation ; DUE) เช่น ยาต้านจุลชีพ ยามูลค่าสูง ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีง เป็นต้น และมีการกำหนดรายการยาในกลุ่มเป้าหมายไว้				Es คำอธิบายข้อ ๕
๑๐	ทันตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยผ่านการศึกษาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยตามที่สภาวิชาชีพกำหนด				Es การดำเนินการข้อ ๒,๓
๑๑	บุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อยร้อยละ ๘๐ เข้าร่วมการอบรมที่สร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง				Es การดำเนินการข้อ ๑,๒,๓
๑๒	มีแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance ; AMR) ได้แก่				
	๑๒.๑ วิธีปฏิบัติในการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการกรณีพบเชื้อดื้อยา				Es การดำเนินการข้อ ๔
	๑๒.๒ ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่อกรมควบคุมโรค				Es การดำเนินการข้อ ๔
๑๓	มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ผู้รับบริการผ่านช่องทางต่างๆ เช่น แผ่นพับ การประชุม วิชาการ โปสเตอร์ สื่อประชาสัมพันธ์ social media เป็นต้น				A การดำเนินการข้อ ๑, ๒, ๕, ๖
๑๔	มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย และมีระบบติดตามและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยาไม่ถูกต้อง (counseling)				S คำอธิบาย และการดำเนินการ
๑๕	มีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน (Medication reconciliation) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เด็ก หญิงมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร และผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคตับ โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เป็นต้น				S คำอธิบาย และการดำเนินการ
๑๖	มีการดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมและธรรมาภิบาลในการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม เช่น ไม่สั่งยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ หรือมีเงื่อนไขข้อผูกมัดที่เชื่อมโยงกับการส่งเสริมการขายยานั้นๆ กำหนดแนวทางในกระบวนการ การจัดซื้อ จัดหาและสั่งจ่ายยาที่โปร่งใส (เช่น ฝ่ายจัดซื้อและฝ่ายตรวจรับยาแยกกันอย่างชัดเจน จำกัดการเข้าพบแพทย์ ของผู้แทนยา เป็นต้น) กำหนดแนวทางการสนับสนุนด้านวิชาการและด้านอื่นๆจากบริษัทยา เป็นต้น				Et คำอธิบาย และการดำเนินการ

ความหมายของอักษรย่อ P = Pharmacy and Therapeutic Committee, L = Labeling, Es = Essential Tools, A = Awareness of the Health Care Providers and Patients, S = Special Populations, Et = Ethics in Prescription

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....)

วันที่.....