

แบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์/คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อคลินิก.....

๒. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

พยาบาลวิชาชีพ คน

อื่นๆ คน

ส่วนที่ ๒ การประเมินด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

โปรดดูคำอธิบายประกอบการกรอกแบบประเมินฯ โดยสแกน QR code



แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน
(ตามแนวทาง PLEASE)

ก. ประเมินตนเองตามหัวข้อการประเมินและสรุปผลการประเมิน เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับ “ไม่มี” = ๐ คะแนน = ไม่มีการดำเนินกิจกรรมใดๆ

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

ระดับ “ดำเนินการแล้ว” = ๒ คะแนน = เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่องจนเป็นปกติของคลินิก โดยมีเอกสารหรือหลักฐานแสดง

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน			ดำเนินการตามกฎแฉ PLEASE ของ RDU
		ไม่มี (๐)	กำลัง ดำเนินการ (๑)	ดำเนินการ แล้ว (๒)	
๑	มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินการตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (PLEASE)				P คำอธิบายข้อ ๑-๖ P การดำเนินการข้อ ๑
๒	มีรายการยาเป็นไปตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รวมทั้งอนุบัญญัติที่ออกตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม				P การดำเนินการข้อ ๒
๓	มีบัญชีรายการยาที่ตรงกับรายการยาที่มีในคลินิก และมีการทบทวนรายการยาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง				P การดำเนินการข้อ ๒, ๓
๔	มีระบบที่ช่วยให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย (medication without harm) เช่น				
	๔.๑ มีการสอบถามประวัติการแพ้ยา และมีบันทึกในเวชระเบียน				P การดำเนินการข้อ ๕

แบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

คณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาและขับเคลื่อนภารกิจด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ Ver.1-070965

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน			ดำเนินการตามกฎแ PLEASE ของ RDU
		ไม่มี (๐)	กำลัง ดำเนินการ (๑)	ดำเนินการ แล้ว (๒)	
	๔.๒ มีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิมทั้งจากคลินิก จากสถานพยาบาลอื่น และร้านยา เพื่อป้องกันการใช้ยาซ้ำซ้อน				P การดำเนินการข้อ ๕
๕	ฉลากยาที่ใช้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. ๒๕๖๕				L การดำเนินการข้อ ๑
๖	มีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย				L การดำเนินการข้อ ๒
๗	พยาบาลผู้ดำเนินการคลินิกมีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยผ่านการศึกษาคู่เนื่อง (continuing education) อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยตามที่สภาวิชาชีพกำหนด				Es การดำเนินการข้อ ๑, ๒
๘	มีหลักฐานแสดงถึงการไม่จ่ายยามากชนิดเกินจำเป็น (polypharmacy)				A การดำเนินการข้อ ๑,๒
๙	มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ผู้รับบริการ (patient education)				A การดำเนินการข้อ ๓
๑๐	มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องระวังการใช้ยาเป็นพิเศษ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต โรคตับ ตั้งครรภ์ ให้นมบุตร ผู้ป่วย G-๖-PD deficiency เป็นต้น และมีบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน				S คำอธิบายและการดำเนินการ
๑๑	มีการดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมและธรรมาภิบาลในการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม เช่น ไม่สั่งยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ หรือมีเงื่อนไขข้อผูกมัดที่เชื่อมโยงกับการส่งเสริมการขายยานั้น ๆ เป็นต้น				Et การดำเนินการ

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

รายการยาสามัญประจำบ้าน สามารถสืบค้นข้อมูลได้ที่

๑. รายการยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน ๕๒ รายการ (ปรับปรุงล่าสุดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐)

โดยสแกน QR code



หรือเข้าเว็บไซต์ <https://uto.moph.go.th/consumer/Up%๒๐new%๒๐information/shop/รายการยาสามัญประจำบ้าน.doc>

๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน

โดยสแกน QR code



หรือเข้าเว็บไซต์ <https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/Law๐๓-๐๖.aspx>

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิกของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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