

แบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
คลินิกทันตกรรม/คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อคลินิก.....

๒. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ทันตแพทย์ คน
เภสัชกร คน
พยาบาลวิชาชีพ คน
อื่นๆ คน

ส่วนที่ ๒ การประเมินด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คลินิกทันตกรรม

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	มีบัญชีรายการยาที่ตรงกับรายการยาที่มีในคลินิก และมีการทบทวนรายการยาน้อยปีละ ๑ ครั้ง				P การดำเนินการข้อ ๒, ๓
๓	มีระบบที่ช่วยให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย (medication without harm) เช่น				
	๓.๑ มีการกำหนดรายการยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) และมีระบบเตือนและเฝ้าระวังการใช้ยาความเสี่ยงสูง				P การดำเนินการข้อ ๔
	๓.๒ มีการสอบถามประวัติการแพ้ยา และมีบันทึกในเวชระเบียน				P การดำเนินการข้อ ๕
	๓.๓ มีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิมทั้งจากคลินิก จากสถานพยาบาลอื่น และร้านยา เพื่อป้องกันการใช้ยาซ้ำซ้อน การใช้ยาที่มี major drug interaction กับยาเดิม เป็นต้น				P การดำเนินการข้อ ๕

แบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คลินิกทันตกรรม

คณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาและขับเคลื่อนภารกิจด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ Ver.1-070965

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน			ดำเนินการตามกฎแฉ PLEASE ของ RDU
		ไม่มี (๐)	กำลัง ดำเนินการ (๑)	ดำเนินการ แล้ว (๒)	
๔	ฉลากยาที่ใช้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. ๒๕๖๕				L การดำเนินการข้อ ๑
๕	มีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย				L การดำเนินการข้อ ๒
๖	ทันตแพทย์มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยผ่านการศึกษาต่อเนื่อง (continuing education) อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยตามที่สภาวิชาชีพกำหนด				Es การดำเนินการข้อ ๑, ๒
๗	ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคตาม standard clinical practice guideline				Es การดำเนินการข้อ ๑, ๒, ๓
๘	มีหลักฐานแสดงถึงการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (responsible use of antibiotics) และสมเหตุผล (rational use of antibiotics) ในโรคทางทันตกรรม				A การดำเนินการข้อ ๑
๙	มีหลักฐานแสดงถึงการไม่จ่ายยามากชนิดเกินจำเป็น (polypharmacy)				A การดำเนินการข้อ ๑, ๒
๑๐	มีการสร้างความตระหนักรู้ (awareness) ต่อแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ของคลินิกอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง				A คำอธิบาย
๑๑	มีการสร้างความตระหนักรู้ (awareness) เพื่อสร้างพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ผู้รับบริการ เช่น				
	๑๑.๑ การอ่านฉลากยาและฉลากยาเสริมให้เข้าใจก่อนใช้ยา				A การดำเนินการข้อ ๓
	๑๑.๒ การรายงานให้ทันตแพทย์ทราบถึงรายการยาเดิมที่ใช้อยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาด้านเกล็ดเลือด (เช่น aspirin clopidogrel) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (เช่น warfarin) เป็นต้น				A การดำเนินการข้อ ๓
๑๒	มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องระวังการใช้ยาเป็นพิเศษ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต โรคตับ ตั้งครรภ์ ให้นมบุตร ผู้ป่วย G-๖-PD deficiency เป็นต้น และมีบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน				S คำอธิบายและการดำเนินการ
๑๓	มีการดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมและธรรมาภิบาลในการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม 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

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิกของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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