

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. นายประมนัส ตุ่มทอง | ภบ. สบ. ภม.(เภสัชกรรมคลินิก) เภสัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| 2. นางสาวศุภมาส ทองทรัพย์ | ภบ. นบ. สม. เภสัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 3. อาภรณ์ จตุรภัทรวงศ์ | ภบ. ภ.ม (เภสัชกรรมคลินิก)
ป.บัณฑิต (การจัดการเภสัชกรรม)
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลวรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี |

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม



แบบสอบถาม การประเมินระบบจัดการยาความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้เครื่องมือ ประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง

คำจำกัดความ

ยาที่มีความเสี่ยงสูง(High alert drug) หมายถึงยากลุ่มที่เมื่อให้ในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมหรือผิดพลาด แล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรมีระบบการจัดการที่ดี มีข้อตกลงร่วมกันในขั้นตอนการสั่ง ใช้นยา การจ่ายยา การบริหารยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่าง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดและอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้นยานั้น จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบ แบบสอบถาม เพื่อประเมินหาส่วนขาดเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาความเสี่ยงสูง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการลด และป้องกันความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ ธานีต่อไป

ส่วนประกอบของแบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 110 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัว มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ
2. ข้อมูลองค์กรมีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ
3. GAP ANALYSIS ประกอบด้วย
 - 3.1 M 1.1 Control of concentrated electrolyte Solutions มีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ
 - 3.2 M 1.2 Improve the safety of High-Alert Drug
 - ก.1 วิธีการเพื่อป้องกันอันตรายทั่วไป มีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ
 - ก.2 วิธีการเพื่อป้องกันอันตรายตามมาตรฐาน GAP ANALYSIS มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ
 - ข. วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย มีคำถามทั้งหมด 3 ข้อ
 - ค. วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย มีคำถามทั้งหมด 3 ข้อ
 - ง. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาต้านการแข็งตัว
ของเลือด(Anticoagulants) มีคำถาม ทั้งหมด 3 ข้อ
 - จ. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ WARFARIN มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ
 - ฉ. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ HEPARIN มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ
 - ช. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Narcotics มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ
 - ซ. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการ ใช้ Insulin มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ
 - ญ. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการ ใช้ Sedatives (ยาสงบประสาท) มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หน้าข้อที่เลือก และตอบกลับมาที่ฝ่ายงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล
ของท่านภายในวันที่ 20 มีนาคม 2554

หมายเหตุ รายการยา ที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) ของโรงพยาบาลของท่านและนิยามศัพท์
เฉพาะ โปรดดูจากภาคผนวกของแบบสอบถามนี้

1. ข้อมูลบุคคล

1.1 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

1.2 อายุปี

1.3 การศึกษา(ระบุระดับการศึกษาสูงสุด)

☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก

1.4 ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน

☐ องค์การแพทย์ ☐ ฝ่ายเภสัชกรรม
☐ หอผู้ป่วยใน ☐ ห้องคลอด ☐ ห้องผ่าตัด
☐ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

1.5 ตำแหน่งปัจจุบัน

☐ ผู้อำนวยการ ☐ แพทย์ชำนาญการ ☐ แพทย์ปฏิบัติการ
☐ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม ☐ เภสัชกรชำนาญการ ☐ เภสัชกรปฏิบัติการ
☐ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ☐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ☐ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

1.6 ระยะเวลาปฏิบัติงาน(หลัง การศึกษา)ปี

1.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานปัจจุบันปี

2. ข้อมูลองค์กร (เฉพาะผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเป็นผู้ตอบ)

2.1 โรงพยาบาลของท่านให้การรักษายาบาลจริงเป็น โรงพยาบาลขนาด.....เตียง

(กรอกข้อมูลตามจำนวนเตียงจริง)

2.2 โรงพยาบาลของท่านมีจำนวนคนไข้มารับบริการเฉลี่ยต่อวันรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีจำนวนใบสั่งยาประมาณ

☐ น้อยกว่า 100 ใบสั่งยา ☐ 100-300 ใบสั่งยา ☐ มากกว่า 300 ใบสั่งยา

2.3 โรงพยาบาลของท่านมีคนไข้ได้รับการส่งยาที่มีความเสี่ยงสูงรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อ วันประมาณ

☐ น้อยกว่า 50 ใบสั่งยา ☐ 50-100 ใบสั่งยา ☐ มากกว่า 100 ใบสั่งยา

2.4 จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลของท่าน(นับจำนวนที่ปฏิบัติงานจริงไม่รวมลาศึกษาต่อ)

- ☐ แพทย์ทั้งหมด.....คน
- ☐ มีแพทย์ที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน.....คน/ วัน
- ☐ เภสัชกรทั้งหมด.....คน
- ☐ มีเภสัชกรที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน.....คน/ วัน
- ☐ พยาบาลทั้งหมด.....คน
- ☐ มีพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน.....คน/ วัน

2.5 โรงพยาบาลของท่านเคยเกิดความเสี่ยงด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงในระดับที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่แน่ใจ

2.6 โรงพยาบาลของท่าน ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA) อยู่ในระดับใด

- ☐ ไม่เข้าร่วมกระบวนการการรับรองHA ☐ อยู่ระหว่างการดำเนินการ
- ☐ ผ่านการรับรองชั้น 1 ☐ ผ่านการรับรองชั้น 2
- ☐ ผ่านการรับรองชั้น 3 (Accreditation)

2.7 โรงพยาบาลของท่าน ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA) อยู่ในระดับใด

- ☐ ไม่เข้าร่วมกระบวนการการรับรองHA ☐ อยู่ระหว่างการดำเนินการ
- ☐ ผ่านการรับรองชั้น 1 ☐ ผ่านการรับรองชั้น 2 ☐ ผ่านการรับรองชั้น 3 (Accreditation)



เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
M 1.1 การควบคุมการใช้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง (Control of concentrated electrolyte Solutions) หมายเหตุ : หากโรงพยาบาลของท่านไม่มียาฉีด KCl สารละลายที่มีความเข้มข้นสูงให้หมายความถึง 50%MgSO4 หรือ 10% Calcium gluconate			
1.โรงพยาบาลของท่านให้ความสำคัญกับความ ปลอดภัยในการใช้ KCl รวมทั้งสารละลาย electrolyte เข้มข้นอื่นๆ เช่น Potassium phosphate solution โดยกำหนดให้เป็นรายการยาความเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาล			
2.โรงพยาบาลของท่านมีการจัดทำแนวทางการใช้ (protocol) ที่เรียบง่ายและเหมาะสมครอบคลุม ให้ปฏิบัติต่อ KCl เสมือน ยาที่ต้องควบคุม			
3.โรงพยาบาลของท่านมีการจัดการสั่งใช้การ จัดเก็บ และการบันทึก สำหรับสารละลายเข้มข้น KCL			
4.โรงพยาบาลของท่านมีการระบุหน่วยของ สารละลายเข้มข้นเป็นน้ำหนักต่อปริมาตร แทนการ ระบุเป็นสัดส่วน(ratio)หรือร้อยละ			
5.โรงพยาบาลของท่านมีการใช้สารละลายเข้มข้น เช่น KCl ในรูปแบบที่พร้อมให้ (ready-to-administer) หรือพร้อมใช้ (ready-to-use) ซึ่ง ไม่จำเป็นต้องเจือจาง ก่อนใช้			
6.โรงพยาบาลของท่านไม่จัดเก็บสารละลาย อิเล็กโทรไลต์ (electrolyte)เข้มข้นไว้ที่หน่วยดูแล ผู้ป่วย แต่เก็บไว้ที่บริเวณจัดเตรียมของเภสัชกรรม ซึ่งแยกไว้เฉพาะหรือในพื้นที่ที่ถูกล็อก			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
7. โรงพยาบาลของท่านมีการจัดเตรียมสารละลาย อิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) เข้มข้นให้เป็นสารละลาย พร้อมใช้โดยเภสัชกรหรือผู้มีความรู้คุณสมบัติเหมาะสม (แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเภสัชกร) ที่ผ่านการอบรมแล้ว เท่านั้น			
8. โรงพยาบาลของท่านหากจำเป็นต้องมีการเก็บ หลอดสารละลายโปรตัสเซียมคลอไรด์ (KCl) ไว้ใน หน่วยดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่แยกไว้เฉพาะเท่านั้น			
9. โรงพยาบาลของท่านที่หลอดสารละลาย โปรตัสเซียมคลอไรด์ (KCl) จะต้องเขียนฉลากติด แต่ละหลอดด้วยสีสะท้อนแสงระบุว่า “ต้องผสม ให้เจือจาง” หรือ หรือ “Diluted Before Use” เสมอ			
10. โรงพยาบาลของท่านมีการจัดเตรียมสารละลาย อิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) เข้มข้นให้เป็นสารละลาย พร้อมใช้ที่หน่วยเภสัชกรรม ก่อนส่งมอบให้กับ หอผู้ป่วย			
11. ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลายอิเล็ก โทรไลต์ (electrolyte) เข้มข้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลของท่านมีการลดความเสี่ยงในการใช้ยา ดังกล่าวโดยปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดโดย สหวิชาชีพ (multidisciplinary policies&procedure) เกี่ยวกับวิธีสั่งใช้, จัดเก็บ, เตรียม และให้สารละลาย เข้มข้นอย่างปลอดภัย อย่าง			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
12.ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียมสารละลายอิเล็ก โทรไลต์ (electrolyte)เข้มข้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลของท่านใช้ นโยบายจัดซื้อที่ปลอดภัย (purchasing for safety policies) เพื่อลดสารละลาย เข้มข้นที่มีการเขียนฉลากและการบรรจุในลักษณะ ที่คล้ายคลึงกัน			
13.ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียมสารละลายอิเล็ก โทรไลต์ (electrolyte)เข้มข้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลของท่านมีการแยกการเก็บสารละลาย เข้มข้นออกจากยาอื่นๆ			
14.ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลาย electrolyte เข้มข้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ของท่านจำกัดการเข้าถึงสารละลายเข้มข้น โดยกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (จำนวนน้อยคน) เท่านั้นที่เข้าถึงได้			
15.ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลาย electrolyte เข้มข้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ของท่านมีการจำกัดสารจำนวนละลายเข้มข้น ในหน่วยดูแลผู้ป่วยให้มน้อยที่สุดที่จำเป็นสำหรับ การรักษาผู้ป่วยเท่านั้น			
16. ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลาย electrolyte เข้มข้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ของท่านมีการติดประทับคำเตือนที่ชัดเจน ที่สารละลายเข้มข้นแต่ละหลอด เช่นข้อความเตือน ว่าเป็นยาความเสี่ยงสูงสูง “High Alert Drug” หรือ “ห้าม IV Push”			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
17.ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลายอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) เข็มชั้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลของท่าน มีการจัดหาข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลวิชาการที่จำเป็น เกี่ยวกับการจัด เตรียมและการให้ สารละลายเข็มชั้นให้ ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ได้ง่าย			
18.ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลาย electrolyte เข็มชั้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลของท่านมีการจัดให้มี เครื่องมือคำนวณขนาดยา (dose) เช่น ตารางคำนวณขนาดยา (dosage charts)สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัว ต่างๆ			
19.ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลาย electrolyte เข็มชั้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลของท่านมีการ ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่เกี่ยวข้องในการใช้สารละลาย เข็มชั้นอย่างปลอดภัย			
20.หลังจากจัดเตรียมสารละลายอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) เข็มชั้น โรงพยาบาลของท่านจัดให้มีการทวน สอบอย่างอิสระ(Double check)โดยผู้มีความรู้ที่เหมาะสม และได้รับการฝึกอบรมอีกคนหนึ่ง			
21.ในการทวนสอบอย่างอิสระ(Double check)โรงพยาบาล ของท่านมีการจัดทำรายการที่ต้องทวนสอบ(checklist) สำหรับใช้ในการทวนสอบ ซึ่งประกอบด้วยการคำนวณ ความเข้มข้น, อัตราการให้, สายที่ต่อเชื่อม			
22.สำหรับสารละลายที่จัดเตรียมเรียบร้อยแล้วโรงพยาบาล ของท่านมีการระบุฉลากหรือข้อความเตือนว่า “ใช้อย่าง ระมัดระวัง” ก่อนที่จะนำไปให้ผู้ป่วย			
23.โรงพยาบาลของท่านมี เครื่อง Infusion Pump ในจำนวน ที่เพียงพอต่อการบริหารยาความเล็งสูงที่ต้องการความ แม่นยำสูง			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ไม่มี	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
24. โรงพยาบาลของท่านใช้ เครื่อง Infusion Pump หรือใช้อุปกรณ์อื่นที่สามารถจำกัดปริมาณสารละลายในแต่ละช่วงเวลาได้เพื่อให้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง กับผู้ป่วยทุกราย			
25. โรงพยาบาลของท่านสนับสนุนการฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับสารละลายความเข้มข้นสูง (High concentrated solution) และการให้ได้รับประกาศนียบัตรรับรองเป็นรายปี			
26. โรงพยาบาลของท่านในคำสั่งการรักษาของแพทย์แพทย์จะระบุอัตราการให้สารละลายด้วยทุกครั้ง			
M 1.2 Improve the safety of High-Alert Drug			
ก.วิธีการเพื่อป้องกันอันตราย			
ก.1 วิธีการเพื่อป้องกันอันตรายทั่วไป			
1. โรงพยาบาลของท่านมีการประกาศนโยบายเรื่องความปลอดภัยของระบบยาความเสี่ยงสูงเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน			
2. โรงพยาบาลของท่านไม่มีการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูงทางโทรศัพท์			
3. โรงพยาบาลของท่านใช้ชื่อยาความเสี่ยงสูงเป็นชื่อสามัญทางยาไม่ใช่ชื่อทางการค้า			
4. โรงพยาบาลของท่านใช้ชื่อยาความเสี่ยงสูงที่เป็นชื่อเต็มหรือตัวย่อที่เป็นทางการเท่านั้น ไม่ใช่ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล			
5. โรงพยาบาลของท่านเขียนตัวเลข ขนาดยาที่ต้องการใช้ หากขนาดยาที่ใช้อยู่ในรูปทศนิยมมีค่าไม่เต็มหนึ่ง ท่านได้เลข 0 ตามด้วยจุดและตามด้วยตัวเลขที่ต้องการ เช่น ต้องการให้ยา ศูนย์จุดสาม มิลลิกรัม ท่านเขียน 0.3 mg เป็นต้น			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
6. โรงพยาบาลของท่านหากให้ยาโดยขนาดยาที่ใช้เป็นเลข จำนวนเต็ม โรงพยาบาลของท่านจะระบุเป็นเลขเต็มจำนวน ไม่ใส่จุดทศนิยม เช่น 5 mg ไม่เขียน 5.0 mg			
7. โรงพยาบาลของท่านหากมีการใช้ยาความถี่ที่มีเสียงสูง จะระบุขนาดยาที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับในหน่วย มิลลิกรัม ต่อกิโลกรัมต่อวัน (mg/kg/day) เสมอ			
8. โรงพยาบาลของท่านในกรณีใช้ infusion pump จะระบุ อัตราเร็วในการให้ยาเป็น มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (ml/hr) ทุกครั้ง			
9. โรงพยาบาลของท่านแพทย์จะเป็นผู้เฝ้าระวังความเสี่ยงสูง แก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้ง			
10. โรงพยาบาลของท่านแพทย์จะติดตามอาการของผู้ป่วย โดยอยู่ที่หอผู้ป่วยอย่างน้อยภายใน 1 ชั่วโมง หลังการให้ยา ทุกครั้ง			
11. โรงพยาบาลของท่านจะมีการตรวจสอบความถูกต้อง (ตามหลัก 6 ถูก) ของยาที่มีความเสี่ยงสูงซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง (double check) ก่อนมีการให้ยา			
12. โรงพยาบาลของท่านจะมีการมีการคำนวณขนาดยา ซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้งก่อนมีการใช้ยาความเสี่ยงสูง			
13. โรงพยาบาลของท่านจะมีการตรวจสอบประวัติการแพ้ ยาของผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนมีการใช้ยาความเสี่ยงสูง			
14. โรงพยาบาลของท่าน มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการ ใช้ยาความเสี่ยงสูง มีข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับผู้ป่วยเพียงพอทุก ครั้ง เช่น ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ เป็นต้น			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ไม่มี	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
15. โรงพยาบาลของท่าน มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการใช้ยาความเสี่ยงสูง มีข้อมูลยาที่จำเป็น เพียงพอเสมอเมื่อ เช่น ขนาดการใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง อาการข้างเคียง หรือ ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา			
16. โรงพยาบาลของท่าน มีการแนบข้อปฏิบัติในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ไปพร้อมกับยาทุกครั้ง			
17. โรงพยาบาลของท่านมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปฏิกริยาต่อกันระหว่างยาโดยทีมสหวิชาชีพ			
M 1.2 Improve the safety of High-Alert Drug			
ก.2 วิธีการเพื่อป้องกันอันตรายตามมาตรฐานของ GAP ANALYSIS			
1. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดทำชุดคำสั่งที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้า (preprinted order forms)และ แผนการจัดการดูแลผู้ป่วย(clinical pathways)หรือ แนวทางการดูแลผู้ป่วย (protocols)ซึ่งสะท้อนวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา สภาวะของโรค หรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน			
2. โรงพยาบาลของท่านมีการ ลดความหลากหลายโดยการ กำหนดมาตรฐานความเข้มข้นและขนาดยาให้มัน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เช่น จัดให้มียาความเสี่ยงสูงเพียงความเข้มข้นเดียวเท่านั้น			
3. โรงพยาบาลของท่านมีการพิจารณาจัดตั้งหน่วยบริการยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation services)หรือ วาร์ฟาริน คลินิก (Warfarin Clinic) ซึ่งดำเนินการ โดยพยาบาลหรือเภสัช			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
4. โรงพยาบาลของท่านจัดให้มีข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดตามการให้ยาที่เหมาะสมอยู่ในชุดคำสั่ง, protocols และ flow sheets เช่นข้อความว่า “ยาความเสี่ยงสูง” “ห้าม IV Plush” หรือ “ผู้ป่วยใช้ยา Warfarin”			
5. โรงพยาบาลของท่านมีการจัดทำแนวทาง (protocols) การให้ยาความเสี่ยงสูงสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ หรือให้นมบุตร เป็นต้น			
ข.วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย			
1. โรงพยาบาลของท่านบรรจุข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับการติดตามการให้ยาในชุดคำสั่งการให้ยา ในแนวทางการให้ยา (protocol)และ ในขั้นตอนการปฏิบัติต่างๆ ในการให้ยาความเสี่ยงสูง(flow sheet) เช่นข้อความว่า “Kcl Case”, “Waffarin case”, “IV Insulin case” ข้อความว่า“เปลี่ยนขนาดยา” หรือการบอกว่า INR หรือ ค่า % Bleeding เป็นต้น			
2. หากมีผู้ต้องการใช้ข้อมูลผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญต่อการให้ยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลของท่านสามารถทำให้ผู้ต้องการนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้			
3. โรงพยาบาลของท่านมีการนำแนวทางการทวนสอบอย่างอิสระแก่กัน (double-checks)มาใช้อย่างเหมาะสมกับยา ความเสี่ยงสูงทุกรายการ			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
M 1.2 Improve the safety of High-Alert Drug			
ค.วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย			
1. โรงพยาบาลของท่านมีการจัดทำ protocols อนุญาตให้มีการใช้สารต้านฤทธิ์เพื่อช่วยชีวิต (reversal agents/Antidotes) โดยไม่ต้องรอแพทย์			
2. โรงพยาบาลของท่านมีแนวทางช่วยชีวิต (rescue protocols) เมื่อคนไข้เกิดอันตรายจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง			
3. โรงพยาบาลของท่านมีสารต้านพิษ (antidotes) และสารต้านฤทธิ์ (reversal agents) พร้อมใช้ เสมอ			
4. โรงพยาบาลของท่านมีการตรวจสอบความเพียงพอ พร้อมใช้ของ Antidotes หรือ reversal agents อย่างสม่ำเสมอทุกวัน			
ง. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants)			
1. โรงพยาบาลของท่านมีการต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ Warfarin (ตอบ จ) ☐ Heparin (ตอบ ฉ) ☐ ไม่มียาต้านการแข็งตัวของเลือดใน โรงพยาบาล (ข้ามไปตอบส่วน ข)			
2. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดทำ anticoagulation flow sheet และคำสั่งใช้ยา เพื่อติดตามผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไป ถึงบ้าน เช่น สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของ เลือด (Anticoagulants)			
3. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดให้มี anticoagulant clinic ทั้งในแผนกของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ไม่มี	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
M 1.2 Improve the safety of High-Alert Drug			
จ. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด วาร์ฟาริน (WARFARIN)			
1. โรงพยาบาลของท่านมีการ ลดรายการยา WARFARIN ที่มีหลายความแรงให้เหลือน้อยที่สุด เช่น อาจมีแค่ 2 ความแรง คือ 3 mg กับ 5 mg			
2. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดทำแนวทางการปรับขนาดยา WARFARIN ที่เป็นมาตรฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตั้งแต่การเริ่มให้ยา, การให้ยาต่อเนื่อง, แนวทางการปรับขนาด Vitamin K, การหยุดยาเพื่อการผ่าตัด เป็นต้น			
3. โรงพยาบาลของท่านมีการ ปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างรวดเร็วเมื่อต้องปรับขนาดยา WARFARIN (เช่นเข้าถึงผ่านระบบ computer แทนการดูประวัติใน OPD Card)			
4. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดให้มีหน่วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลาง(Anticoagulation Center) เพื่อติดตามและจัดการปรับขนาดยา			
5. ในการติดตามผลการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด วาร์ฟาริน(WARFARIN) โรงพยาบาลของท่านมีการจัดให้ ได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชม. หรือภายในเวลาที่เหมาะสมที่จะติดตามผลจากการใช้นั้น(Monitoring time)			
6. โรงพยาบาลของท่านมีการ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการกินยา การติดตามผลการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด วาร์ฟาริน (WARFARIN) ด้วยตนเอง รวมถึงเกี่ยวกับยาและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง			
7. โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้กระบวนการกระบวนการที่			

จะไดมาซึ่งขอมูลรายการยา. ที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเขามารับการ การรักษาในโรงพยาบาล(Medication reconciliation) เพื่อ ปรับปรุงการสื่อสารส่งมอบข้อมูลการใช้ยา และร่วมกับ ผู้ป่วยจัดทำบัญชียาที่ผู้ป่วยใช้อย่างถูกต้อง			
จ. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดเฮพาริน(HEPARIN)			
1.โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้ แนวทางการให้ยาเฮพาริน ตามน้ำหนักตัว (Heparin weight-based heparin protocol) โดยจำกัดให้มีไม่เกิน 1-2 แนวทาง			
เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
ฉ. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดเฮพาริน(HEPARIN)			
2.โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา HEPARIN ที่พิมพ์ล่วงหน้า (preprinted order forms) หรือใช้ แนวทางการสั่งใช้ยา (ordering protocols)			
3.โรงพยาบาลของท่านมีแนวทางการปรับขนาด HEPARIN ที่ได้พิจารณาครอบคลุมถึงการใช้อย่างที่ช่วยให้เลือดออกง่าย ขึ้นเช่น thrombolytics and GIIg/IIIa inhibitors ร่วมด้วย ทุกครั้ง			
4.โรงพยาบาลของท่านมีการ ว่าไม่มีการให้ Heparin ภายใน 6-12 ชั่วโมงก่อนหรือหลังการให้ LMWH			
5.โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้ยา HEPARIN ที่มีความ เข้มข้นเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งใน ห้องผ่าตัด(OR), ห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน(ER), และห้องผู้ป่วยภาวะวิกฤต (ICU)			
5.โรงพยาบาลของท่านมีการ แยกเวชภัณฑ์ที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับยาด้านการแข็งตัวของเลือด เฮพาริน (HEPARIN)ออกจากกันทั้งในเวลาใช้หรือการจัดเก็บ			
6. โรงพยาบาลของท่านมีการ จ่าย anticoagulant จากแผนก เภสัชกรรมเท่านั้น			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
7.หากโรงพยาบาลของท่านมีการ เก็บไว้ที่หน่วยดูแล ผู้ป่วย ให้ใช้ขนาดบรรจุ ความเข้มข้น และขนาดยาที่น้อย ที่สุด			
ข.การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาแก้ปวดชนิด เสพติด (Narcotics)			
1. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดทำแนวทาง (protocol) ที่เป็นมาตรฐานสำหรับการให้ยาแก้ปวดชนิดเสพติด			
2. โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้วิธีการที่เหมาะสมในการ ติดตามผลข้างเคียงจาก narcotic และ opiate			
3. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดให้มีแนวทาง (protocol) การให้ naloxone และสารต้านฤทธิ์ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์			
4. โรงพยาบาลของท่านมีการ ปรึกษา pain specialist (อาจจะ เป็นพยาบาล เกสซกร แพทย์ ที่ได้รับการฝึกอบรม) ถ้าแพทย์ ผู้ดูแลไม่เชี่ยวชาญในเรื่องการควบคุมอาการปวด			
5. โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้วิธีการระงับอาการปวดและ ความกังวลที่ไม่ใช่ยาให้มากขึ้น			
6. โรงพยาบาลของท่านมีการ หลังจากตั้งโปรแกรมการให้ยา ที่ infusion pump แล้ว ให้มี independent double-check โดย เภสัชกรหรือพยาบาล			
7. โรงพยาบาลของท่านมีการ ทำ independent double-check สำหรับ PCA และ /หรือ epidural narcotics			
8. โรงพยาบาลของท่านมีการ ลดหรือจัดการใช้ยาที่มีความ แรงหลายขนาดถ้าเป็นไปได้			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
9.โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้แนวทาง (protocols) และ คำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าสำหรับ PCA, การให้ยาแก้ปวด หลังผ่าตัด, การให้ sedation รวมทั้ง epidural, intrathecal pain management			
ข.การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการ ใช้ยาอินซูลิน Insulin			
1. โรงพยาบาลของท่านมีการ กำหนดให้มี independent double-check ยา, ขนาดยา, pump setting, วิธีการให้ และ การระบุตัวผู้ป่วยก่อนที่จะมีการให้ IV insulin ทุกครั้ง			
2.โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้คำสั่งการหยดยา Insulin (Infusion order) ที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า			
ข.การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการ ใช้ยาอินซูลิน Insulin			
3.โรงพยาบาลของท่านมีการ แยกยาที่ชื่อพ้องมอกคล้ายออก จากกันเช่น Regular Insulin , NPH Insulin และ Heparin			
4. โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดเตรียมสารละลาย Insulin ต่างๆ ในแผนกเวชกรรมท่านั้น			
5.โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดเตรียมสารละลาย Insulin เพื่อให้ IV-infusion insulin มีมาตรฐานความเข้มข้นเดียวกัน			
6.โรงพยาบาลของท่านมีการ มอบให้ผู้ป่วยบริหารยา insulin ด้วยตนเองถ้าสามารถทำได้			
7.โรงพยาบาลของท่านมีการ ประสานเวลาที่ให้อาหารกับ เวลาที่ให้ Insulin เพื่อผลของการใช้ยาที่ดีและป้องกันอาการ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำเกินค่าปกติ (Hypoglycemia)			
8.โรงพยาบาลของท่านมีการ ยกเลิกการใช้ sliding insulin dosage scale			

เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
9.โรงพยาบาลของท่านมีการมีการติดตามผลการใช้ยาอย่าง เหมาะสมโดยการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี rapid testing บ่อยขึ้น			
10.โรงพยาบาลของท่านมีการ เมื่อสั่งใช้ Insulin จะระบุหรือ อ้างอิงถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับการตรวจทดสอบทาง ห้องปฏิบัติการ และการติดตามผลทางคลินิกที่ผู้ป่วย เสมอ			
ผ.การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการ ใช้ Sedatives (ยาสงบประสาท)			
1.โรงพยาบาลของท่านมีการ เก็บสำรองและสั่งใช้ oral moderate sedation ที่มีความแรงเพียงขนาดเดียวเท่านั้น			
2.โรงพยาบาลของท่านมีการ จัดทำคำสั่งที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า สำหรับการสั่งใช้ sedatives			
3.โรงพยาบาลของท่านมีการ ติดตามผลของยาในเด็กทุกราย ที่ได้รับ chloral hydrate สำหรับการทำให้หลับก่อนการทำ หัตถการ (pre-operative sedation) ในทุกทั้งระยะก่อนการทำ หัตถการ ระหว่างการทำหัตถการ และหลังทำหัตถการ			
4.โรงพยาบาลของท่านมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ เหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย และสารแก้ ในทุกหน่วยงานที่มี การให้ยา sedative และระหว่างการทำหัตถการซึ่งผู้ป่วย ได้รับ sedation			
5.โรงพยาบาลของท่านมีการ ใช้แนวทางการปรับลดขนาด ยาอัลโนมิดีสำหรับ benzodiazopines, sedatives และ hypnotics อื่น ในกลุ่มเป้าหมาย			
6.โรงพยาบาลของท่านมีการ ติดตามผู้ป่วยเพื่อดูอาการแสดง ของการกดการหายใจจากระดับ O ₂ saturation หรือ CO ₂ โดยใช้ pulse oximeter และ capnograph			

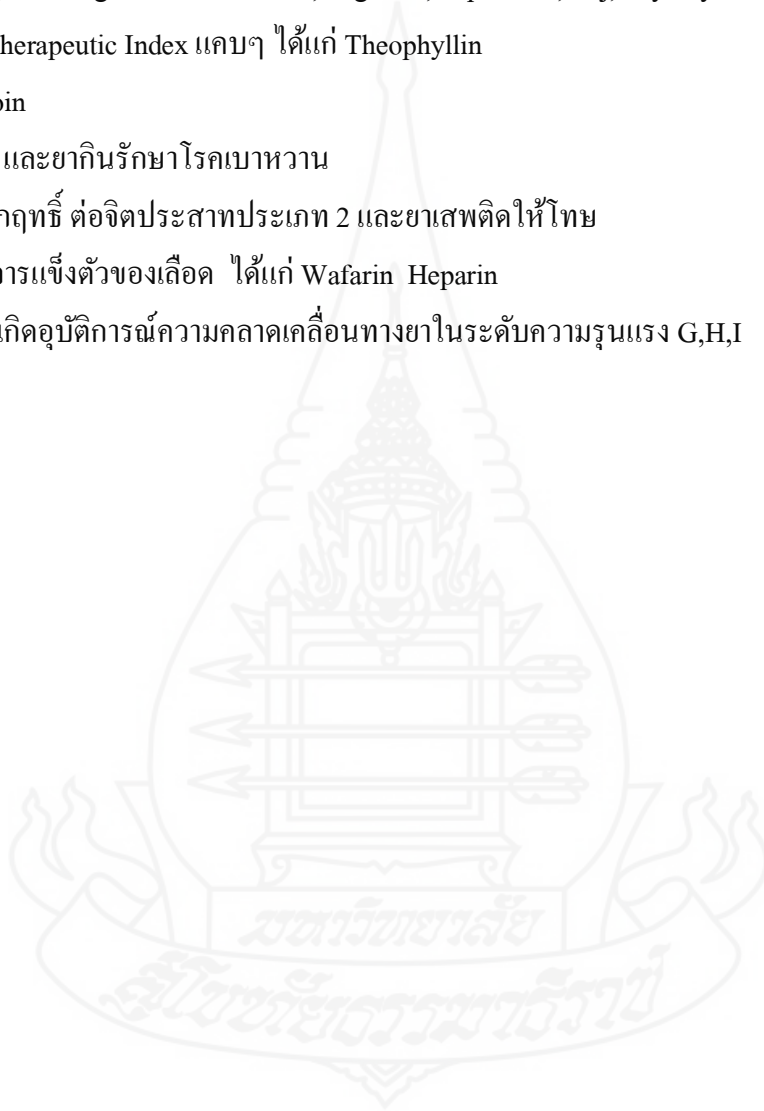
เครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis)	คำตอบ		
	ใช่/มี	ไม่ใช่/ ไม่มี	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
7.โรงพยาบาลของท่านมีการ บูรณาการเอกสารการให้ยากับ ข้อมูลสัญญาณชีพของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบแนวโน้มความ เสี่ยงที่สามารถคาดการณ์และป้องกันได้			



บัญชีรายการยาความเสี่ยงสูง (High alert drugs)

โรงพยาบาลต่างๆ ได้กำหนดเบื้องต้นให้รายการยาดังต่อไปนี้เป็นยาความเสี่ยงสูง

1. สารละลาย electrolyte ในรูปแบบยาฉีด KCl, MgSO₄
2. Cardiogenic drug ได้แก่ Adrenaline, Digoxin ,Dopamine , Inj, Glyceryl trinitrate ,
3. ยาที่มี Therapeutic Index แคบๆ ได้แก่ Theophyllin
4. Phenytoin
5. Insulin และยากินรักษาโรคเบาหวาน
6. วัตถุออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาทประเภท 2 และยาเสพติดให้โทษ
7. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Wafarin Heparin
8. ยาที่เคยเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับความรุนแรง G,H,I



ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตทำแบบสอบถามใน โรงพยาบาลชุมชน



ที่ สฎ.0027.303/พิเศษ

โรงพยาบาลพนม อ.พนม

จ.สุราษฎร์ธานี 84250

กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล..... จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวรัชก ทองเสนอ เกษัตริย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพแขนงวิชาการบริหารสาธารณสุข ซึ่งในวิทยานิพนธ์ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การประเมินหาส่วนขาดของระบบจัดการยาความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงมีความจำเป็นต้องใช้ประชากร จากกลุ่มการพยาบาลของท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยใน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอดและห้องผ่าตัด และผู้ทำการศึกษาได้จัดทำรหัสของแบบสอบถามเพื่อความสะดวกในการแจกแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จะไม่มีรหัสระบุ แบบสอบถามของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน ระบุเป็นรหัส 003 แบบสอบถามของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระบุเป็นรหัส 004 แบบสอบถามของพยาบาลห้องคลอด (LR) ระบุเป็นรหัส 005 แบบสอบถามของพยาบาลห้องผ่าตัด ระบุเป็นรหัส 006

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรของท่านตอบแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมนี้ด้วยจักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรัชก ทองเสนอ)

เกษัตริย์ชำนาญการ

ที่ สฎ.0027.303/พิเศษ

โรงพยาบาลพนม อ.พนม

จ.สุราษฎร์ธานี 84250

กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล..... จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวรัชก ทองเสนอ เกษตรชำนาญการ โรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพแขนงวิชาบริหารสาธารณสุข ซึ่งในวิชาวิทยานิพนธ์ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การประเมินหาส่วนขาดของระบบจัดการยาความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงมีความจำเป็นต้องใช้หน่วยงานของท่านเป็นพื้นที่สำหรับตอบแบบสอบถาม โดยผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ทุกท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยใน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอดและห้องผ่าตัด หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม และเภสัชกรทุกคน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรของท่านตอบแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมนี้ด้วยจักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรัชก ทองเสนอ)

เกษตรชำนาญการ