**แบบบันทึกการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug ) หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลเขาชัยสน**

**Oxytocin inj.**

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย .........................................................................อายุ......................ปี HN…………………....

วันที่ให้ ......................................... เวลาที่ให้ ...............................

การรายงานยึดตามคำสั่งแพทย์เป็นหลัก หากไม่กำหนดเป็นอย่างอื่นให้ใช้ตามเกณฑ์ HIGH ALERT DRUGs

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| รายละเอียด  เฝ้าระวัง | เกณฑ์การรายงาน | ความถี่ (x) | x 1 | x 2 | x 3 | x 4 | x 5 | x 6 |
| **Critical Point** | | | | | | | | |
| BP | < 90/60 mmHg  > 160/110 mmHg | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| HR | < 60 ครั้ง/min  > 120 ครั้ง/min | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| I/O | <50 ml/hr | ทุก 8 ชม. |  |  |  |  |  |  |
| **Alert point** | | | | | | | | |
| Overdose | ชัก โคม่า ชัก | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| **พยาบาลผู้เฝ้าระวัง** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ข้อควรระวังในการใช้**

-ติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากเกิดการเกร็งของมดลูกมากเกินทำให้การไหลเวียนเลือดเข้ามดลูกไม่ดีทำให้มดลูกถูกทำลาย

**ข้อมูลทั่วไปของยา**

-ช่วยในการคลอด: เติม oxytocin 10 units ใน 0.9%NSS หรือใน LRS 1000 mL ให้ได้ความเข้มข้น 10 milliunit/minute

-สำหรับรักษาอาการเลือดออกหลังคลอด: เติม oxytocin 10-40 units ใน I.V.infusion

-ห้ามเลือดในรายที่เกิดการแท้ง: oxytocin 10 units/500 mL saline solution หรือ D5W

-เก็บยาในที่อุณหภูมิ 2-8 C ห้ามแช่แข็ง

**อาการข้างเคียงและพิษของยา**

-ยาทำให้เกิด water intoxication โดยทำให้ชักโคม่าได้ การแก้พิษคือ หยุดยาแล้วยาขับปัสสาวะเพื่อเร่งการขับถ่ายยานี้

**แบบบันทึกการใช้ยาที่ต้องติดตามการใช้ในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลเขาชัยสน**

**Turbutaline Injection**

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย .........................................................................อายุ......................ปี HN…………………....

วันที่ให้ ......................................... เวลาที่ให้ ...............................

การรายงานยึดตามคำสั่งแพทย์เป็นหลัก หากไม่กำหนดเป็นอย่างอื่นให้ใช้ตามเกณฑ์ HIGH ALERT DRUGs

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| รายละเอียด  เฝ้าระวัง | เกณฑ์การรายงาน | ความถี่ (x) | x 1 | x 2 | x 3 | x 4 | x 5 | x 6 |
| **Critical Point** | | | | | | | | |
| BP | < 90/60 mmHg  > 160/110 mmHg | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| HR | < 60 ครั้ง/min  > 120 ครั้ง/min | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| **Alert point** | | | | | | | | |
| Overdose | ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ เจ็บหน้าอก สั่น | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| **พยาบาลผู้เฝ้าระวัง** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ข้อมูลทั่วไปของยา**

1.ขนาดยาที่ใช้ในทางสูตินรีเวช คือ 0.25 mg ฉีด subcutaneous ให้ทุก 1-6 ชั่วโมง หรือให้ IV infusion 0.01 mg/min อาจเพิ่มขนาดอีก 0.005 mg/min ทุก 10 นาทีจนกระทั่งการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกหยุดหรือขนาดยาสูงสุด 0.025 mg/min

2.ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มี cardiac arrhythmias ที่เกี่ยวข้องกับหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia)

3.อาการเมื่อยาเกินขนาดคือ เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ มึนงง ปากแห้ง เหนื่อย ปวดศีรษะ สั่น

**การประเมินการใช้ยา Cytotec โรงพยาบาลเขาชัยสน**

ชื่อ-สกุล...................................................HN………….อายุ...........Ward…….เตียง.........

.วันที่ให้……..................... **เวลาที่ให้……………...**

**1.ข้อบ่งใช้ของยา………………………………………………………………………………………………………………**

**2.การบริหารยา (Administration)**

2.1. ขนาดยาที่สั่งใช้ :……………………………………………………………….

2.2. การเก็บรักษายา

 เก็บที่อุณหภูมิห้อง

**3.ข้อควรระวังในการบริหารยา**

3.1 ผลข้างเคียงที่พบได้ คือ กระตุ้นการบีบตัวของมดลูก ทำให้ปวดเกร็งบริเวณช่องท้องส่วนล่างหรือบริเวณกระเพาะอาหาร มีเลือดออกบริเวณช่องคลอด อาจมีอาการปวดศีรษะ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก dyspepsia คลื่นไส้ อาเจียน

3.2 อาการเมื่อยาเกินขนาด คือ ปวดท้อง หัวใจเต้นช้า ท้องเสีย dyspepsia (หายใจลำบาก) มีไข้ ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น ง่วง ชัก สั่น (tremor)

3.3 การรักษาเมื่อใช้ยาเกินขนาด ให้รักษาตามอาการไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจง

3.4 **monitoring parameters คือ การบีบตัวของมดลูก อาการปวดเกร็งที่ช่องท้อง ผลทางระบบทางเดินอาหาร อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Monitoring | Base line | ความถี่ | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 | ครั้งที่ 5 | ครั้งที่ 6 |
| BP | <90-100 mmHg  >160/110 mmHg | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| HR | >60 ครั้ง/นาที  >120 ครั้ง/นาที | 1 ชั่วโมง |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ประเมิน |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ.............................................แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

วันที่…....../............/...............

**การประเมินการใช้ยา Hydralazine Inj. โรงพยาบาลเขาชัยสน**

ชื่อ-สกุล...................................................HN………….อายุ...........Ward…….เตียง..........

วันที่ให้.................... **เวลาที่ให้……………………………….**

**1.ข้อบ่งใช้ของยา**

Urgent hypertension

Pre-eclampsia /eclampsia

**2.การบริหารยา (Administration)**

2.1. ขนาดยาที่สั่งใช้ :……………………………………………………………….

ขนาดยาที่แนะนำ Pre-eclampsia /eclampsia : Initial dose 5-10 mg/dose ถ้าจำเป็นต้องให้ยาซ้ำควรใช้ยาห่างกันเป็นเวลา 20-30 นาที

2.2. การเตรียมยา

- ผสมยา 20 mg (1 amp) กับ SWI 1 ml ‘

- วิธีการฉีดยา : IM or IV ระยะเวลาฉีด > 1 – 2 min

2.3. ความคงตัวและการเก็บรักษายา

 สารละลายที่เจือจางแล้ว ควรใช้ยาทันที

 Single use only

 ยาที่ยังไม่เจือจางให้เก็บที่อุณหภูมิน้อยกว่า 40 องศา และเก็บให้พ้นแสง

**3.ข้อควรระวังในการฉีดยา**

3.1 แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอาการหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Monitoring | Base line | ความถี่ | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 | ครั้งที่ 5 | ครั้งที่ 6 |
| BP | Diastolic  90-100 mmHg | 5 นาที |  |  |  |  |  |  |
| HR | >120 ครั้ง/นาที | 15 นาที |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ประเมิน |  |  |  |  |  |  |  |  |

3.2 Monitoring : BP , HR

ลงชื่อ.............................................แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

วันที่…....../............/...............