



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โทร. 10710

ที่ ศสส.02/ 18๒๗

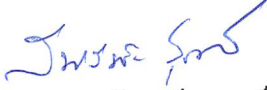
วันที่ เมษายน 2559

เรื่อง ทดลองใช้แบบฟอร์ม Medication Reconciliation from (MR from) ในผู้ป่วยที่ Admit ใหม่

เรียน หัวหน้าหน่วยงานการพยาบาล/ผู้เกี่ยวข้อง

ด้วย มติที่ประชุมคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา (MSM) ครั้งที่ 3/2559 ในวันที่ 29 มีนาคม 2559 ณ ห้องประชุม 5A ให้ทดลองใช้แบบฟอร์ม Medication Reconciliation from (MR from) กับผู้ป่วยที่ Admit ใหม่ทุกราย ตามขั้นตอนการใช้แบบฟอร์ม ดังเอกสารแนบท้ายนี้ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 18 เมษายน 2559 เป็นต้นไป หน่วยงานสามารถรับแบบฟอร์มดังกล่าวได้ที่ สำนักงานฝ่ายการชั้น 7 ในวันที่ 12 เมษายน 2559

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

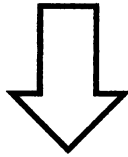

(ดร.สมสมัย สุธีรสานต์)

รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายการพยาบาล

ขั้นตอนการใช้ Medication Reconciliation Form (MR Form)

แพทย์

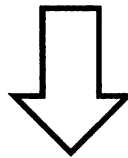
แพทย์เขียนแบบฟอร์ม Med Reconcile ลงในแบบฟอร์ม Admission ระหว่างขั้นตอนซักประวัติผู้ป่วยขณะ Admission (แบบฟอร์ม Med Reconcile ไปคู่กับ ประวัติ Admission) เรียงเอกสารโดยให้ต่อกับใบซักประวัติ



พยาบาล

เก็บต้นฉบับ Med Reconcile ไว้ในเวชระเบียนอยู่หน้าใบคำสั่งการรักษาใบแรก

พยาบาลนำสำเนา Med Reconcile พร้อมคำสั่งการรักษา(ใบ Order) ส่งที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน



เภสัชกร

เภสัชกรทบทวนรายการยาใน Med Reconcile และใบ Order เก็บสำเนา Med Reconcile ไว้ที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน

ปรับปรุงข้อมูล มีนาคม 2559

หน่วยบริการเภสัชสนเทศและHA งานเภสัชกรรม โทร.10160

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



Medication Reconciliation Form (MR Form)

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชื่อ อายุ ปี
หอผู้ป่วย.....HN..... AN
(หรือติดสติ๊กเกอร์ที่นี่)

สิทธิการรักษา สปสช. ปกส. ต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ
 จ่ายตรง/เบิกราชการ ชำระเอง อื่นๆ

วันที่เข้ารับการรักษาเวลาน.
วันที่ออกจากโรงพยาบาลเวลาน.

ประวัติแพ้ยา ไม่มี มี

ผู้ป่วย/ญาติให้ประวัติ
 จากบัตรแพ้ยา

1.
2.
3.

รายการยาเดิมของผู้ป่วย มี ไม่มี

แหล่งข้อมูลของรายการยาเดิม ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วย ฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์
 เวชระเบียนผู้ป่วย สมุดประจำตัวโรคเรื้อรัง สอบถามประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น

ยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาโรงพยาบาล (ระบุชื่อยาและความแรง)	วิธีใช้ยาเดิม	หมายเหตุ (กรณาส่งเครื่องหมาย (v))				เหตุผล/วิธีใช้ใหม่	สำหรับเภสัชกร (ทำเครื่องหมาย(v)ใน รายการที่ได้รับกลับบ้าน หากไม่ได้รับโปรดระบุ เหตุผล)
		ON (ใช้ยาต่อ)	CHANGE (เปลี่ยนวิธีใช้)	HOLD (หยุด ชั่วคราว)	OFF (หยุด ถาวร)		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

ประวัติการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ไม่มี มี ได้แก่ 1..... รับประทานมา ปี
2..... รับประทานมา ปี

แพทย์..... ว.....เวลา..... วันที่/...../.....	พยาบาล..... เวลา วันที่/...../.....	เภสัชกรผู้รับคำสั่งรับเข้า เวลา.....วันที่...../...../.....	เภสัชกรผู้รับคำสั่งกลับบ้าน เวลา.....วันที่...../...../.....
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------