

ต้นฉบับ

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-HOS- 040	
วิธีปฏิบัติงานเรื่อง : แนวทางปฏิบัติการสั่งใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมโรงพยาบาลลำพูน			
วันที่ประกาศใช้ : 4 ก.ย. 2558	พิมพ์ครั้งที่ : 1	แก้ไขครั้งที่ : 0	
ผู้จัดทำ : น.ส. พญ.พรทิพา อภิวัฒน์นาร กรรมากรและเลขานุการคณะกรรมการอนุมัติการใช้ ยาด้านจุลชีพที่มีการควบคุมการใช้ พญ.ลลิตา ทาหน่อทอง กรรมากรและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการฝ่ายระวางติดตามและ ประเมินการใช้ยาด้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันเชื้อดื้อยา			
ผู้ทบทวน : พญ.วรรณณี มาชนะสารวุฒิ	กรรมการคณะกรรมการอำนวยการ		
ภก.สมพงศ์ คำสาร	กรรมการคณะกรรมการอำนวยการ		
ผู้อนุมัติ : พ.ชนิทร จารุวัฒนมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน			

[illegible]

ฉบับ

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-HOS- 040	
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : แนวทางปฏิบัติการสั่งใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมโรงพยาบาลลำพูน			
วันที่ประกาศใช้ : 1- 4 ก.ย. 2558		แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 1/ 2

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการสั่งใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมโรงพยาบาลลำพูน
 2. เพื่อเป็นมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการทำงาน

1. นิยามศัพท์

- 1.1 แพทย์ผู้รักษา หมายถึง แพทย์ staff ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูน
- 1.2 ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมในโรงพยาบาลลำพูน 8 รายการ ได้แก่ Levofloxacin , Piperacillin/Tazobactam , Cefoperazone/Sulbactam , Imipenem/Cilastatin , Meropenem , Ertapenem , Colistin และ Vancomycin
- 1.3 แพทย์ผู้อนุมัติ หมายถึง แพทย์ที่เป็นคณะกรรมการอนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพที่มีการควบคุมการใช้
- 1.4 แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ หมายถึง แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมโรงพยาบาลลำพูน

2. ขั้นตอนปฏิบัติ

- 2.1 แพทย์ผู้รักษาที่ต้องการสั่งใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมในโรงพยาบาลลำพูนครั้งแรกให้แก่ผู้ป่วย ต้องเขียนคำสั่งใช้ยาใน doctor order sheet และ แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ กรณีแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) สั่งใช้ยา ให้เขียน รศส. ลงชื่อแพทย์ staff กำกับ และให้แพทย์ staff มาลงนามภายใน 24 ชั่วโมง
- 2.2 การส่งคำสั่งใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ครั้งแรก
 - 2.2.1 กรณีผู้ป่วยนอน ให้พยาบาลหอบผู้ป่วยส่งคำสั่งใช้ยาใน doctor order sheet และ แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ทาง FAX มาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน
 - 2.2.2 กรณีผู้ป่วย admit ใหม่จากห้องฉุกเฉิน ให้พยาบาลหอบผู้ป่วย/พยาบาลห้องฉุกเฉิน ส่งสำเนาคำสั่งใช้ยาใน doctor order sheet และแบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ มายื่นที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 2.3 เภสัชกรห้องจ่ายยาตรวจสอบแบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ก่อนจ่ายยาให้หอบผู้ป่วย
- 2.4 การอนุมัติการจ่ายยา ให้จ่ายยาติดต่อกันได้ไม่เกิน 3 วันจนกว่าจะมีการอนุมัติให้สั่งใช้ยาต่อ
 - 2.4.1 เจ้าพนักงานเภสัชกรรมบันทึกคำสั่งใช้ยาลงใน PMK
 - 2.4.2 พนักงานประจำห้องยาจัดยาตามคำสั่งใช้ยา
 - 2.4.3 เจ้าหน้าที่ประจำหอบผู้ป่วยนำแบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ฉบับจริงมารับยาที่ห้องจ่ายยา
 - 2.4.4 เภสัชกรห้องจ่ายยาตรวจสอบ แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ และลงนามในส่วนที่ 4 แล้วจึงจ่ายยา พร้อมคืนแบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ฉบับจริง
 - 2.4.5 พยาบาลหอบผู้ป่วยแนบ แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ฉบับจริง เป็นแผ่นแรกของ chart ผู้ป่วย

ต้นฉบับ

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-HOS- 040	
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : แนวทางปฏิบัติการส่งใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมโรงพยาบาลลำพูน			
วันที่ประกาศใช้ : 4 ก.ย. 2558		แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 2/ 2

2.5 แพทย์ผู้อนุมัติ ตรวจสอบและพิจารณาอนุมัติการส่งใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ภายใน 3 วัน (ส่วนที่ 5 ในแบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ)

2.5.1 กรณีส่งใช้ยาต่อเนื่อง

2.5.1.1 พยาบาลหอผู้ป่วย Fax แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ มาที่ห้องจ่ายยา

2.5.1.2 เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมปลดล็อค auto stop ในกรณีที่แพทย์ผู้อนุมัติระบุวันที่หยุดใช้ยา ให้เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมบันทึกวันที่หยุดใช้ยาตามที่แพทย์ผู้อนุมัติกำหนด

2.5.2 กรณีไม่อนุมัติ/เปลี่ยนเป็นยารายการอื่น

2.5.2.1 เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยนำแบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ฉบับจริง มายื่นที่ห้องจ่ายยา

2.5.2.2 หากแพทย์ผู้รักษาต้องการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาโดยส่งใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุมรายการอื่น ให้ปฏิบัติตามข้อ 2.1 – 2.2

2.6 เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้พยาบาลหอผู้ป่วยส่งแบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ ฉบับจริง มายื่นที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน

2.7 ให้ห้องจ่ายยา ดำเนินการจัดเก็บบันทึกคุณภาพโดยใช้การ Scan เพื่อความสะดวกในการนำมาวิเคราะห์ภาพรวมภายหลัง

บันทึกคุณภาพที่เกิดขึ้นจากระเบียบวิธีปฏิบัตินี้

1. แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุม โรงพยาบาลลำพูน

เอกสารแนบท้าย

1. แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุม โรงพยาบาลลำพูน

2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อเฝ้าระวังการใช้อาต้านจุลชีพในการรักษาและการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย

แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุม โรงพยาบาลลำพูน

Levofloxacin IV, Piperacillin/Tazo., Cefoperazone/Sulbac., Imipenem/Cilas., Meropenem, Ertapenem

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	
ชื่อ-นามสกุล	HN..... AN.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี	สิทธิการจ่ายค่ารักษา
หอผู้ป่วย ☐ ☐ ☐ ☐ อื่นๆ	☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่น ๆ.....
ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน ☐ และเติมข้อความ	
ยาต้านจุลชีพที่ต้องการใช้	ข้อบ่งชี้ขอชง
☐ Levofloxacin (IV) ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา วัน.....เดือน.....ปี.....	☐ Community-acquired pneumonia ที่ไม่สามารถใช้ยาลำดับแรกๆ ได้ ☐ ติดเชื้อ <i>S.pneumoniae</i> ที่คือยา Penicillin และยา Cephalosporin ☐ ติดเชื้อ <i>Mycobacteria</i> ที่ไม่สามารถใช้ยาลำดับแรกๆ ได้ ☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่นแต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ Piperacillin-Tazobactam ☐ Cefoperazone-Sulbactam ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา วัน.....เดือน.....ปี.....	☐ ติดเชื้อที่อาจเกิดจาก <i>P.aeruginosa</i> ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ ☐ Febrile neutropenia (absolute neutrophil <500 มีไข) ที่อาจเกิดจากเชื้อกรัณลบ ☐ ติดเชื้อกรัณลบที่คือ Cephalosporin, Aminoglycoside และ Fluoroquinolone (FQ) ☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่นแต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ Imipenem/Cilastatin ☐ Meropenem ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา วัน.....เดือน.....ปี.....	☐ ติดเชื้อใน รพ. ที่อาจเกิดจากเชื้อกรัณลบที่ไม่ตอบสนองต่อ Cephalosporin, Aminoglycoside (AG), FQ, Beta-Lactam Beta-Lactamase Inhibitors (BLBI) หรือสงสัย ติดเชืชนิดนี้ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ ☐ Febrile neutropenia (absolute neutrophil <500 มีไข) ที่อาจเกิดจากเชื้อกรัณลบที่ไม่ ตอบสนองต่อ Cephalosporin, AG, FQ, BLBI ☐ ติดเชืรุนแรงจากแบคทีเรียชนิด ESBL +ve ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ Ertapenem ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา วัน.....เดือน.....ปี.....	☐ ติดเชืรุนแรงจากแบคทีเรียชนิด ESBL +ve ☐ อื่นๆ ระบุ.....
การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค ☐ ไม่ได้เก็บ ☐ เก็บ คือ ☐ Blood ☐ Sputum ☐ Pus ☐ Urine ☐ Other.....	
เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ ☐ ไม่พบ ☐ รอผลการตรวจ ☐ พบ คือ ☐ <i>S.aureus</i> ☐ <i>P.aeruginosa</i> ☐ <i>A.baumannii</i>	
☐ ESBL-ve <i>E.coli</i> or <i>K.pneumoniae</i> ☐ ESBL+ve <i>E.coli</i> or <i>K.pneumoniae</i> ☐ Other.....	
ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างต้นครั้งแรกรนาน.....วัน (ไม่เกิน 3 วัน) ลงนาม..... (.....) ว.	ส่วนที่ 4 เกสัชกร วันที่จ่ายยา ลงนาม..... (.....) ก.
ส่วนที่ 5 ความเห็นของผู้ที่ได้รับมอบหมาย (แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล)	
☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อจนครบระยะเวลาการรักษา	
☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน จนถึงวันที่.....เมื่อครบกำหนด ให้ส่งใบนี้มาขอรับการอนุมัติเพื่อใช้ยาต่อ	
☐ อนุมัติยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....	☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....
☐ อนุมัติยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....	☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....
☐ อนุมัติยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....	☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....
☐ ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ต่อ ☐ ควรปรับเปลี่ยนยานี้เป็นยา	
☐ อื่นๆ	
ลงนาม..... (.....) ว.	ผู้อนุมัติ
ลงนาม..... (.....) ก.	เกสัชกร
หมายเหตุ 1. แบบขอใช้ยา Colistin และ Vancomycin อยู่ด้านหลัง	
2. หากมีการปรับเปลี่ยนข้อบ่งชี้ของยา กรุณาลงวันที่และลงนามผู้ปรับเปลี่ยนข้อบ่งชี้ยากำกับไว้ที่ข้อบ่งชี้ที่ปรับเปลี่ยนด้วย	

แบบขอใช้ยาต้านแบคทีเรียที่ควบคุม โรงพยาบาลลำพูน
Colistin และ Vancomycin

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	
ชื่อ-นามสกุล	HN.....AN.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี	สิทธิการจ่ายค่ารักษา
หอผู้ป่วย ☐ ☐ ☐ ☐ อื่นๆ	☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่น ๆ
ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน ☐ และเติมข้อความ	
ยาต้านจุลชีพที่ต้องการใช้	ข้อบ่งชี้ขอขยา
☐ Colistin	☐ สงสัยติดเชื้อกรัณลบที่ไม่ตอบสนองต่อ Carbapenem และอยู่ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ
ขนาดยาต่อวัน	☐ ติดเชื้อกรัณลบที่ดื้อ Carbapenem, Cephalosporin, AG, BLBI และ FQ
วันที่สั่งยา วัน.....เดือน.....ปี.....	☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่นแต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ
	☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ Vancomycin	☐ ติดเชื้อที่อาจเป็น MRSA หรือ ampicillin-resistant Enterococci ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ
ขนาดยาต่อวัน	☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่นแต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ
วันที่สั่งยา วัน.....เดือน.....ปี.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....
การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค ☐ ไม่ได้เก็บ ☐ เก็บ คือ ☐ Blood ☐ Sputum ☐ Pus ☐ Urine ☐ Other.....	
เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ ☐ ไม่พบ ☐ รอผลการตรวจ ☐ พบ คือ ☐ S.aureus ☐ P.aeruginosa ☐ A.baumannii	
☐ ESBL-ve E.coli or K.pneumoniae ☐ ESBL+ve E.coli or K.pneumoniae ☐ Other.....	
ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	ส่วนที่ 4 เกสัชกร
ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างต้นครั้งแรกกนาน.....วัน (ไม่เกิน 3 วัน)	วันที่จ่ายยา
ลงนาม.....	ลงนาม.....
(.....) ว.....	(.....) ก.....
ส่วนที่ 5 ความเห็นของผู้ที่ได้รับมอบหมาย (แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล)	
☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อจนครบระยะเวลาการรักษา	
☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน จนถึงวันที่.....เมื่อครบกำหนด ให้ส่งใบนี้มาขอรับการอนุมัติเพื่อใช้ยาต่อ	
☐ อนุมัติยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....	☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....
☐ อนุมัติยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....	☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....
☐ อนุมัติยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....	☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อวัน ถึงวันที่.....ลงนาม.....
☐ ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ต่อ	
☐ ควรปรับเปลี่ยนยานี้เป็นยา	
☐ อื่นๆ	
ลงนาม..... (.....) ว.....	ผู้อนุมัติ
ลงนาม..... (.....) ก.....	เกสัชกร

หมายเหตุ

1. แบบขอใช้ยา Levofloxacin IV, Piperacillin/Tazo., Cefoperazone/Sulbac., Imipenem/Cilas., Meropenem, Ertapenem อยู่ด้านหลัง
2. หากมีการปรับเปลี่ยนข้อบ่งชี้ของยา กรุณาลงวันที่และลงนามผู้ปรับเปลี่ยนข้อบ่งชี้ยากำกับไว้ที่ข้อบ่งชี้ที่ปรับเปลี่ยนด้วย



คำสั่งโรงพยาบาลลำพูน

ที่ ๑๓๖ /๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย

ตามที่ โรงพยาบาลลำพูน ได้เข้าร่วมโครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย และได้นำระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพมาดำเนินการแล้วนั้น เพื่อให้การดำเนินงานของโครงการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการรายงานผลตามตัวชี้วัด ตลอดจนมีการติดตามประเมินเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงขอแต่งตั้งผู้ที่มีรายนามท้ายนี้เป็นคณะกรรมการเพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการประกอบด้วย

- | | |
|---|---------------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน | ประธาน |
| ๒. รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | รองประธาน |
| ๓. หัวหน้ากลุ่มภารกิจปฐมภูมิ | กรรมการ |
| ๔. หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๕. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม | กรรมการ |
| ๖. หัวหน้าศูนย์คุณภาพ | กรรมการและเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการอำนวยการมีหน้าที่ดังนี้

๑. กำหนดนโยบาย การควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย
๒. ติดตามกำกับประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม
๓. พิจารณาแก้ไขปัญหา อุปสรรคขัดข้อง ในการปฏิบัติงานทั้งด้านบริหาร และด้านบริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๒. คณะกรรมการอนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพที่มีการควบคุมการใช้ ประกอบด้วย

- | | | | |
|-----------------|--------------|-----------------------|---------------------|
| ๑. นางอัจฉรา | พongคำ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ | ประธาน |
| ๒. นางรสนิน | สมสมัย | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๓. นายภูมิศิลป์ | เก่งกาจ | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๔. นายอรรถพล | วงศ์คำ | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๕. น.ส.ลลิตา | กิตติพิรพงษ์ | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๖. น.ส.ภคินันท์ | สามิบัติ | นายแพทย์ปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๗. น.ส.พรทิพา | อภิวฒนากร | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการและเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีหน้าที่ดังนี้

๑. วางระบบการอนุมัติยาต้านจุลชีพที่มีการควบคุมการใช้ให้มีประสิทธิภาพ
๒. อนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพที่มีการควบคุมการใช้

.....ร่าง
//๓. รายงานผลการเฝ้า.....พิมพ์
.....ตรวจ

ต้นฉบับ

๓. รายงานผลการเฝ้าระวังการใช้จ่ายด้านจุลชีพที่มีการควบคุมการใช้ต่อคณะกรรมการติดตาม ทบทวน และประเมินผลการใช้จ่ายด้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียทุก 3 เดือน
๓. คณะกรรมการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินการใช้จ่ายด้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย
- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| ๑. นายวีรพงศ์ เลาทเพ็ญแสง | หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม | ประธาน |
| ๒. นายสมเจตน์ นาคทอง | หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม | รองประธาน |
| ๓. นางรสลิน สมสมัย | หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม | กรรมการ |
| ๔. นายสุจิต คุณประดิษฐ์ | หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม | กรรมการ |
| ๕. นายชูชาติ ชันตยาภรณ์ | หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ | กรรมการ |
| ๖. นายทรงศักดิ์ พิทักษ์รัตนานุกูล | หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน | กรรมการ |
| ๗. นายบรรเลง ปัญจูรี | หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ | กรรมการ |
| ๘. นางศรีวรรณ เรืองวัฒนา | พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยหนัก | กรรมการ |
| ๙. น.ส.นิตยา ชนะกอก | พยาบาลวิชาชีพ อายุรกรรมหญิง | กรรมการ |
| ๑๐. นางวัชรภรณ์ เชษฐบุรี | พยาบาลวิชาชีพ อายุรกรรมชาย 1 | กรรมการ |
| ๑๑. น.ส.จารุวรรณ วานม่วง | พยาบาลวิชาชีพ อายุรกรรมชาย 2 | กรรมการ |
| ๑๒. นายณพรัตน์ วิบูลสันติ | ประธานกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ | กรรมการและ
เลขานุการ |
| ๑๓. นางมาลีวรรณ เกษตรทัต | พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๔. นายสัมฤทธิ์ อุตระลัก | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๕. นางอัญชลรณ คำสาร | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๖. น.ส.ลลิตา ทาหน่อทอง | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีหน้าที่ดังนี้

๑. วางระบบการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินปริมาณการใช้จ่ายด้านจุลชีพ มูลค่ายา และการใช้จ่ายด้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. ทบทวนและวิเคราะห์ผลการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินปริมาณการใช้จ่ายด้านจุลชีพ มูลค่ายา และการใช้จ่ายด้านจุลชีพในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียอย่างเหมาะสมทุก ๓ เดือนรวมทั้งให้มีการรายงานต่อกรรมการอำนวยการและกรรมการบริหารโรงพยาบาลลำพูนทุก ๖ เดือน
๓. จัดทำรายงานการเฝ้าระวังประจำปี

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



(นายณินทร์ จารุวัฒนมงคล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน