

ฉบับแก้ไข เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน	SOP-PHA-011	
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : ขั้นตอนการเบิก-จ่ายวัสดุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ยาฉีดและยาเม็ด) / ยาเสพติดที่เป็นเม็ด		
วันที่ประกาศใช้ : - 4 S.A. 2564	พิมพ์ครั้งที่ : 1	แก้ไขครั้งที่ : 0
ผู้จัดทำ :	ภญ.ทิวรัตน์ อินปันแก้ว/หัวหน้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน	
ผู้ทบทวน :	นายสมพงศ์ คำสาร/หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	
ผู้อนุมัติ :	นพ.วรพงษ์ พัทธกิจดำรงวงศ์ ผู้แทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ (QMR)	

แก้ไขครั้งที่	วันที่แก้ไข	หมายเลขใบขอแก้ไข	รายละเอียด

ต้นฉบับ เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-011	
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : ขั้นตอนการเบิก-จ่ายวัตถุดิบออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ยานี้ดและขามัด) / ยาเสพติดที่เป็นขามัด			
วันที่ประกาศใช้ : 4 ส.ค. 2545		แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 1/2

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการเบิก - จ่ายวัตถุดิบออกฤทธิ์ (ยาฉีดและขามัด) / ยาเสพติดที่เป็นขามัด

ขั้นตอนการทำงาน

ผู้รับผิดชอบ นางสาวคันสนีย์ ดนุพงศ์ศิริ

1. รับใบเบิกจากหน่วยเบิก พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ใบเบิก ดังนี้

- 1.1 ชนิดของยาที่ต้องการเบิก
- 1.2 จำนวนยาที่ต้องการเบิก
- 1.3 ลายมือชื่อผู้ทำการเบิก
- 1.4 ลายมือชื่อหัวหน้างานของหน่วยเบิก

ถ้าเอกสารใบเบิกไม่ถูกต้องให้ส่งคืนเพื่อแก้ไข

2. นำเอกสาร ใบเบิกที่ถูกต้องให้หัวหน้าหน่วย อนุมัติการเบิกพร้อมทั้งรับอนุญาตเปิดตู้เก็บยา

3. ทำการจ่ายยาจาก Stock ดังนี้

3.1 นำอนุญาตไปเปิดตู้เก็บยา

3.1 ลงบันทึกการจ่ายใน Stock card (FR - PHA - 136) ดังนี้ คือ

- วัน เดือน ปี ที่ทำการจ่ายยา
- หน่วยงานที่ทำการเบิก
- จำนวนที่จ่ายในแต่ละครั้ง
- จำนวนคงเหลือเมื่อตัดยาออกแล้ว

3.2 นำยาออกจากตู้

3.3 ปิดตู้และล็อกกุญแจ

4. นำใบเบิกให้ผู้ขอเบิกลงลายมือชื่อ รับยา เก็บเอกสารการเบิกใส่แฟ้มไว้ 1 ชุด และส่งมอบสำเนาเอกสารการเบิกพร้อม
ยาให้กับผู้เบิก

เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-011	
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : ขั้นตอนการเบิกจ่ายวัสดุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ยาฉีดและยาเม็ด) / ยาเสพติดที่เป็นยาเม็ด			
วันที่ประกาศใช้ :	4 S.A. 2545	แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 2/2

เอกสารแนบท้าย

- ใบ ชส.5 (SD- PHA- 019)
- ใบ ชส.6 (SD- PHA - 019)
- ใบ บจ.8 (SD- PHA - 019)
- ใบแผนการเบิก (FR - PHA - 040)
- แบบรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR - PHA - 026)

บันทึกคุณภาพที่จะเกิดขึ้นตามระเบียบปฏิบัติงานนี้

- ใบ ชส.5 (SD- PHA- 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ ชส.6 (SD- PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ บจ.8 (SD- PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบแผนการเบิก (FR - PHA - 040) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- แบบรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR - PHA - 026)

เอกสารควบคุม

แบบ ขต.5

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบเภสัชกรรม/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาธารณสุข/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอื่น.....อยู่เลขที่ 177 ตรอกซอย - ถนน จามเทวี หมู่ 11 ตำบล ดันรง อำเภอ เมือง จังหวัด ลำพูน โทรศัพท์ 510020-22

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

- | | | |
|-------------------------------|-------|------|
| 1. MORPHINE INJ 0.01 GM/ML | จำนวน | AMP. |
| 2. PETHIDINE INJ 0.05 GM/ML | จำนวน | AMP. |
| 3. CODEINE INJ 0.015GM/ML | จำนวน | AMP. |
| 4. FENTANYL INJ 0.0001 GM/2ML | จำนวน | AMP. |
| 5. COCAINE INJ% | จำนวน | ML. |
| 6. MORPHIE TAB 0.01 GM/TAB | จำนวน | เม็ด |
| 7. CODEINE TAB 0.015 MG/TAB | จำนวน | เม็ด |

8.
 ให้แก่(ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด).....
 อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
 สำหรับเข้าบ้านที่ห้องจ่ายยา/วิสัญญี/ผ่าตัดกรอก
 ข้าพเจ้าได้คัดยาลงในใบสั่งยาใบเวชภัณฑ์กำหนด
 ยาผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว.....AMP/เม็ด/ML
 (ลงชื่อ).....
 5D-PHA-014

[Signature]

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ.....แบบ ย.ส.6
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท.....หมวด.....
 โรงพยาบาล.....อยู่เลขที่.....177.....ถนน.....จังหวัด.....
 ตำบล/แขวง.....ถนน.....อำเภอ/เขต.....เมือง.....โทรศัพท์.....510020-2

สพด.ให้โทษใบ ประเภท 2	รหัส	ต้นฉบับ ใดมาจาก	เอกสารควบคุม จ่ายไป	(ปริมาณ กรั้ม หรือ ช.ม.3)			หมายเหตุ
				รับ	จ่าย	คงเหลือ	
		สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา					

เอกสารควบคุม

แบบ บจ.8

ใบสั่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2

ต้นฉบับ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบ
อนุญาตประกอบเภสัชกรรม/ใบสั่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์.....อยู่เลขที่ 177 คธอก/รชบ - ถนน-จวนเทวี หมู่ 11
ตำบล คันทรง อำเภอ เมือง จังหวัด ตากูบ โทรศัพท์ 510020-22

รายการวัตถุออกฤทธิ์ที่สั่งจ่ายและจำนวน

- | | | |
|--------------------------------------|-------|-----------|
| 1. TRIAZOLAM 0.25 MG-(HA-CI-ON) | จำนวน | เม็ด..... |
| 2. FLUNITRAZEPAM 2 MG (ROHYPNOL) | จำนวน | เม็ด..... |
| 3. MIDAZOLAM 15 MG (DORMICUM) | จำนวน | เม็ด..... |
| 4. MIDAZOLAM 15 MG/3ML (DORMICUM) | จำนวน | amp..... |
| 5. PSEUDOEPHEDRINE 60 MG (PSEUDOMED) | จำนวน | เม็ด..... |
| 6. KETALAR 50 MG/ML (10 ML) | จำนวน | ML..... |

7.

ให้แนบ(ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของตัวซึ่งรับการบำบัด).....

อยู่เลขที่.....ต.รอก/รชบ.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ผ่านรับเข้ามามีที่ห้องจ่ายยา.....วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ได้ศึกษาใบสั่งจ่ายใน ใบสั่งจ่าย/ใบารกัณห์เรียบ.....(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

รอยแล้ว.....AMP/เม็ด.....หมายเหตุ ให้จัดซื้อความที่ไม่ต้องการออก

(ลงชื่อ).....(กรุณาให้แพทย์เซ็นใบ บจ.8 ให้เรียบร้อยก่อนเบิกยา)

002.doc SD-PHA-019

เอกสารควบคุม

คินยา

ใบแทนสั่งจ่ายยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ (ใช้แทนกรณีแพทย์ยังไม่ได้เซ็นใบยส 5 /บจ 8)

วันที่.....เวลา.....
ตึก.....

ชื่อผู้ป่วย.....
ชื่อแพทย์ผู้สั่งจ่าย.....

รายการ

จำนวน

ส่งรายงาน

คินยา

(บจ 5)

1.MOPHINE 10mg/tab

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

2.CODEINE 15mg/tab

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

(บจ 8)

1.TRIAZOLAM 0.25mg(HACION)

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

2.NITRAZEPAM 5mg(MOGADON)

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

3.FLUNITRAZEPAM 2mg(ROHYPNOL)

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

4.MIDAZOLAM 15mg(DORMICUM)

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

5.MIDAZOLAM 15mg/3ml(DORMICUM)

.....หลอด

.....หลอด

.....หลอด

6.PSEUDOEPHEDRINE 60mg(PSEUDOMED)

.....เม็ด

.....เม็ด

.....เม็ด

ลงชื่อ.....ผู้รับยา(หัวหน้าเวร)
(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)

ลงชื่อ.....ผู้รับรายงาน/ยาคิน
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)

ห้องจ่ายยา.....เวร.....

วันที่.....ห้องจ่ายยา.....เวร.....

หมายเหตุ

- * ต้องแนบใบนำมพร้อมใบสั่งยา
- * หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามใบยส 5/บจ 8 คืนห้องยา หรือ กรณีผู้ป่วยไม่ใช้ยา/ใช้ยาไม่หมด หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการคืนยาด้วย
- * ใบแทนนี้ใช้กับยาที่มีรายชื่อที่ระบุไว้เท่านั้น สำหรับยาเสพติดอื่นที่เบิกไป stock ที่ห้องผู้ป่วยแล้ว ให้ใช้ใบยส 5 ทุกครั้ง

