แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Amiodarone inj. 150 mg/ 3 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Amiodarone** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

ADREnaline inj. 1 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adrenaline** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

adeNOSINE inj. 6 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Adenosine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Digoxin inj. 0.5 mg/ 2 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Digoxin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Dopamine inj. 250 mg/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Dopamine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

KCL. inj. 20 mEq/ 10 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **KCL.** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Insulin inj. ☐ **IR** ☐ **NPH**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Insulin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Morphine inj. 10 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Morphine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Pethidine** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Pethidine inj. 50 mg/ 1 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Phenytoin inj. 250 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **Phenytoin** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Magnesium sulfate inj. ☐ **10%** ☐ **50%**

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **$MgSO_4$** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ ..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Nitroglycerine inj. 25 mg/ 5 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NTG** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Norepinephrine (Levophed®) inj. 4 mg/ 4 ml

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **NE** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

Streptokinese inj. 1.5 MU/ vial

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา **SK** ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ปริมาณที่เหลือ

..... ml.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้

แบบสั่งจ่ายยา high alert drug

NE Bitartrate inj. 4 mg/ 4 ml (Levophed®)

ผู้ป่วยชื่อ -สกุล.....เตียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาดยา (Levophed®) ที่สั่งจ่าย.....คิดเป็น.....amp

พยาบาล(1).....

พยาบาล(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้