แบบบันทึกการตรวจสอบยาสำรองประจำหน่วย หอผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2568

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลควนเนียง (แก้ไข 3/9/2567)

วัน/เดือน/ปีที่ตรวจสอบ..... เวลา.....น. ผู้รับการตรวจสอบ .....

ลำดับที่	ในบัญชียา	ในบัญชียาหลัก	ชื่อยา/ความแรง/รูปแบบ	จำนวนที่ต้องมี	จำนวนที่มีอยู่จริง	ยาที่หมดอายุภายใน 6 เดือน นับจากวันที่ตรวจสอบ			แนวทางการจัดการ	หมายเหตุ
						จำนวน	Lot No	Exp. date		
ยา Palliative (HAD/วัตถุออกฤทธิ์)										
1	/		Morphine 10 mg/ml	8						
2	/		Midazolam 150 mg/3 ml	5						
3	/		Hyoscine 20 mg/ml	9						
4	/		Lorazepam 0.5 mg	20						
ANTIVENUM / Antidote										
1	/	/	Serum งูเห่า	10						
2	/	/	Serum งูกะปะ	10						
3	/		Naloxone inj.	2						
4	/		KCl elixir 20 mEq/15 ml	5					แลกคืนทุกวันที่ใช้ บ/ด	
High Alert Drug/วัตถุออกฤทธิ์										
1	/		Mixtard Penfill (30/70) 300 unit/3ml	1						
2	/		NPH 1,000 unit/10 ml	1						
3	/		RI 1,000 unit/10 ml	1						
4	/		Norepinephrine 4 mg/4 ml	2						
ยาอื่นๆ										
1		/	K-Y gel 7.5 g	12						
2		/	Unison	2						
3		/	Berodual sol.	15						
4		/	Salbutamol sol.	10						
5		/	Lidocaine 20 ml	1						
6		/	2% Lidocaine c adrenaline	1						
7		/	Aromatic Ammonia	1						
8		/	Hibiscrub 450 ml	5						
9		/	Alcohol 70% 240 ml	5						
10		/	Alcohol dry gel	15						
11		/	Povidone iodine 450 ml	1/w						
12		/	Vaseline cream 450 ml	1						
13		/	Framycetin gauze dressing	10						
14		/	Hydrogen peroxide	1						

ลำดับ	ใช้บ่อย	ใช้ไม่บ่อย	ชื่อยา/ความแรง/รูปแบบ	จำนวนที่ต้องการ	จำนวนที่มีอยู่จริง	ยาที่หมดอายุภายใน 6 เดือน นับจากวันที่ตรวจสอบ			แนวทางการจัดการ	หมายเหตุ
						จำนวน	Lot No	Exp. date		
สารน้ำ										
1	/		DEXTRAN 500 ml	1						
2	/		D-5-W 100 ml	2						
3	/		D-5-W 250 ml	2						
4	/		D-5-W 500 ml	2						
5	/		D-5-W 1,000 ml	2						
6	/		D-10-W 500 ml	2						
7	/		D-5-S 1,000 ml	5						
8	/		D-5-N/2 1,000 ml	5						
9	/		D-5-N/3 1,000 ml	5						
10	/		D-5-N/5 500 ml	2						
11	/		0.45% NaCl 1,000 ml	2						
12		/	NSS 5 ml	100						
13	/	/	NSS 100 ml	10						
14	/		NSS 1,000 ml	10						
15		/	NSS for Irrigation 1,000 ml	10						
16		/	Water for Irrigation1,000 ml	10						
17	/		LRI 1,000 ml	5						
18	/	/	SWI 100 ml	5						
19	/		SWI 1000 ml	5						

ใช้ยา/เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา/น้ำเกลือแบบ first in First out หรือไม่

☐ ทุกครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เคย

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

(ภญ.สินาภรณ์ กิติลาโภ) (.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

(ภญ. ขนิษฐา มุณีแนม)