# ใบแจ้งการให้ยา โรงพยาบาลปราสาท

| ยา | วันที่ / เวลา | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ผู้ตรวจสอบประจำวัน (Cross Check) | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ชื่อ - สกุล | อายุ ปี | AN HN | เตียงที่ |
| แผนก | ward | แพทย์ | ◯ ◯ ◯ |

คำชี้แจง

1. พยาบาลผู้ให้ยาลงบันทึกการให้ยาตามเวลาจริง พร้อมลงชื่อกำกับ (รวมถึงห้อง ER และห้องหัตถการ)
2. กรณีให้ยา HAD ต้องมีการ Double Check และลงชื่อผู้ตรวจสอบทุกครั้ง (ผู้ให้ยา/ผู้ตรวจสอบ)
3. พยาบาลผู้ตรวจสอบประจำวัน (Cross Check) ให้ลงชื่อทุกวัน

FM-CLT-003 ประกาศใช้ 1 กุมภาพันธ์ 2562
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ