

Chemotherapy Order Sheet แผนกตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen
1N	PF1 Regimen for Nasopharynx Cancer (Adjuvant chemo+radiotherapy State II-IV)
1N1	PF1 Regimen for Nasopharynx Cancer (Neoadjuvant chemo+radiotherapy State II-IV)
1N2	PF1 Regimen for Nasopharynx (Metastasis/Recurrent)
2N	PF1 Regimen for Oropharynx Cancer (Adjuvant chemo+radiotherapy/ State II-IV/Metastasis /recurrent)
3N	PF2 Regimen for Nasopharynx Cancer (Adjuvant chemo+radiotherapy State II-IV)
3N1	PF2 Regimen for Nasopharynx Cancer (Neoadjuvant chemo+radiotherapy State II-IV)
3N2	PF2 Regimen for Nasopharynx (Metastasis/Recurrent)
4N	Cisplatin alone Regimen for Nasopharynx Cancer (Concomitant with radiotherapy) (ผู้ป่วยระยะ T2 หรือมากกว่า หรือลุกลามของมะเร็งเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ไม่มี distant metastasis)
4N1	Cisplatin alone Regimen for Nasopharynx Cancer (Metastasis/Recurrent)
5N	Carboplatin alone Regimen for Nasopharynx Cancer (Concomitant with radiotherapy) * กรณีไม่สามารถทนต่อ Cisplatin ได้
5N1	Carboplatin alone Regimen for Nasopharynx (Metastasis/Recurrent)
6N	Cisplatin weekly Regimen for Nasopharynx Cancer (Concomitant with radiotherapy)
7N	Carboplatin weekly Regimen for Nasopharynx (Concomitant with radiotherapy)* กรณีไม่สามารถทนต่อ Cisplatin ได้
8N	Carboplatin/Paclitaxel Regimen for Nasopharynx Cancer (Metastasis / Recurrent)
9N	Paclitaxel alone Regimen for Nasopharynx Cancer (Metastasis / Recurrent)

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PF1 Regimen for Nasopharynx Cancer (Adjuvant chemo+radiotherapy State II-IV) : cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

Medication	Day 0 วันที่		Day 1 วันที่		Day 2 วันที่		Day 3 วันที่		Day 4 วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
DAY 0 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day										
Premedication Start 30 min before CMT										
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 - 4										
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1										
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg IV push in NSS 50 ml IV drip in 15 min DAY 1 - 4										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Cisplatin.....mg (80 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1 ห้ามเก็บยาในตู้เย็น **ห้ามใช้ D5W flush สาย เนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose**										
2. 5-FU.....mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1 - 4										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , 5-FU : Mucositis☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน

ให้รับแจ้ง

แพทย์หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ โกลบ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

ครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรกและรายที่มีปัญหา☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ..... - อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PF1 Regimen for Nasopharynx Cancer (Neoadjuvant chemo+radiotherapy State II-IV) : cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

Medication	Day 0		Day 1		Day 2		Day 3		Day 4	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
DAY 0 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day										
Premedication Start 30 min before CMT										
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 - 4										
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1										
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg IV push in NSS 50 ml IV drip in 15 min DAY 1 - 4										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Cisplatin.....mg (80-100mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1 ห้ามเก็บยาในตู้เย็น **ห้ามใช้ D5W flush สาย เนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose**										
2. 5-FU.....mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1 - 4										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , 5-FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน

ให้รับแจ้ง

แพทย์หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ ไกลบ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

ครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ..... - อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PF1 Regimen for Nasopharynx (Metastasis/Recurrent) : cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

Medication	Day 0		Day 1		Day 2		Day 3		Day 4	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
DAY 0 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day										
Premedication Start 30 min before CMT										
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 - 4										
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1										
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg IV push in NSS 50 ml IV drip in 15 min DAY 1 - 4										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Cisplatin.....mg (80 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1 ห้ามเก็บยาในตู้เย็น **ห้ามใช้ D5W flush สาย เนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose**										
2. 5-FU.....mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1 - 4										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , 5-FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน

ให้รับแจ้ง

แพทย์หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ ไกลบ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

ครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ..... - อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PF1 Regimen for Oropharynx Cancer (Adjuvant chemo+radiotherapy/ State II-IV/Metastasis /recurrent) : cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

Medication	Day 0 วันที่		Day 1 วันที่		Day 2 วันที่		Day 3 วันที่		Day 4 วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
DAY 0 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day										
Premedication Start 30 min before CMT										
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 - 4										
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1										
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1 - 4										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Cisplatin.....mg (80-100mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1 ห้ามเก็บยาในตู้เย็น **ห้ามใช้ D5W flush สาย เนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose**										
2. 5-FU.....mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1 - 4										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , 5-FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วบัสสาวะ สังเกตอาการบัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น บัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ ไกลบ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ/ระบุ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
PF2 Regimen for Nasopharynx Cancer (Adjuvant chemo+radiotherapy State II-IV):Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

	Day 1		Day 2		Day 3		Day 4	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before CMT								
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 - 4								
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1 - 4								
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Carboplatin.....mg (AUC=5; Maximum dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1								
2. 5-FU.....mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1 - 4								

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Carboplatin : Thrombocytopenia, 5-FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปฏิกิริยาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /

ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Cisplatin alone Regimen for Nasopharynx Cancer (Concomitant with radiotherapy) : Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

	Day 0		Day 1	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day				
Premedication Start 30 min before CMT				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Cisplatin.....mg (100 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1				
ห้ามเก็บยาในตู้เย็น หาก Leak ประคบเย็น				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก15-30นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ2-3ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ ไกล่บ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือ หวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cisplatin alone Regimen for Nasopharynx Cancer (Metastasis/Recurrent) : Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

	Day 0		Day 1	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day				
Premedication Start 30 min before CMT				
2. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
4. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
5. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้ 1.Cisplatin.....mg (80 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 **ห้ามเก็บยาในตู้เย็น** ทาก Leak ประคบเย็น				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก15-30นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ2-3ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รับแจ้ง แพทย์หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ ไก่บ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือ หวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin alone Regimen for Concomitant with radiotherapy Nasopharynx: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

	Day 1	
	วันที่	ผู้ให้
	เวลา	
Premedication Start 30 min before CMT		
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Carboplatin.....mg (AUC=5-6; Maximum dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Carboplatin : Thrombocytopenia☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพา ยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Carboplatin alone Regimen for Nasopharynx (Metastasis/Recurrent): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

	Day 1	
	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before CMT		
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Carboplatin.....mg (AUC=5; Maximum dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Carboplatin : Thrombocytopenia

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก15-30นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพายาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Cisplatin weekly Regimen for Nasopharynx Cancer (Concomitant with radiotherapy) : Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

	Day 0		Day 1	
	วันที่		วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day				
Premedication Start 30 min before CMT				
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <u>DAY 1</u>				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1</u>				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้ 1. Cisplatin.....mg (40 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u> **ห้ามเก็บยาในตู้เย็น** หาก Leak ประคบเย็น				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ ไกล่บ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือ หวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin weekly Regimen for Nasopharynx (Concomitant with radiotherapy) : Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....HN.....

	Day 1	
	วันที่	ผู้ให้
	เวลา	
Premedication Start 30 min before CMT		
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Carboplatin.....mg (AUC=2; Maximum dose ≤ 300 mg) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Carboplatin : Thrombocytopenia

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก15-30นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพา ยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล : รับจาก.....เวลา.....น

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อื่นๆ.....

3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin/Paclitaxel Regimen for Nasopharynx Cancer (Metastasis / Recurrent): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปีหอผู้ป่วย.....HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Diphenhydramine (Benadryl®) 2 tab stat		
4. Ranitidine 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (175 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		
2. Carboplatin.....mg(target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาล รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel และ Carboplatin ,Thrombocytopenia จาก Carboplatin

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับเคมีบำบัด ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Paclitaxe และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

1 ปรับrate 20 /hr : volumn 5 cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

2. ปรับrate 40 /hr : volumn 10 cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

3. ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

4. ปรับ rate 160 cc/hr : volumn 40cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

5. ปรับ rate 220 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือ

กรณี Carboplatin ปรับrate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 220-250 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือ

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้ หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดHypersensitivity

- Heart rate (HR) < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที - Blood pressure (BP) < 90/60 หรือ > 140/90 mm/hg

- Respiratory rate (RR) < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที - อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น ใบหน้าแดง ผื่นคัน ลอกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บวน

ปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

-คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- อื่นๆ.....

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก15นาที วัดBP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Carboplatin.....mg in D5W 100 ml IV drip in 1 hr Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจระบุ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel alone Regimen for Nasopharynx Cancer (Metastasis / Recurrent): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปีหอผู้ป่วย.....HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Diphenhydramine (Benadryl [®]) 2 tab stat		
4. Ranitidine 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Paclitaxel (Intaxel [®]).....mg (175 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาล รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับเคมีบำบัด ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบร้อน

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Paclitaxel และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

1. ปรับ rate 20 /hr : volumn 5 cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

2. ปรับ rate 40 /hr : volumn 10 cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

3. ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

4. ปรับ rate 160 cc/hr : volumn 40cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

5. ปรับ rate 220 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือ

กรณี Carboplatin ปรับ rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 220-250 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือ

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้ หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดHypersensitivity

- Heart rate (HR) < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที - Blood pressure (BP) < 90/60 หรือ > 140/90 mm/hg

- Respiratory rate (RR) < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที - อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น ใบหน้าแดง ผื่นคัน ลอกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์

☐ แนะนำผู้ป่วย : ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บัวบก ปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด ☐ อื่นๆ.....

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก15นาที วัดBP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Carboplatin.....mg in D5W 100 ml IV drip in 1 hr Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนการพยาบาล.....

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจระบุน.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ