

Chemotherapy Med Record for Breast Cancer โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
1S	FAC (CAF) Regimen for Breast Cancer (Early stage or Metastasis)	8
2S	<u>CMF</u> Regimen (Preferably oral regimen) for Breast Cancer (Early stage or Metastasis)	9
3S	AC Regimen for Breast Cancer (Early stage (4 Cycle) or Metastasis (6 Cycle))	10
4S	AC followed by paclitaxel (q 21 days) as described Regimen for Breast Cancer (Early stage)	11
4S1	AC followed by Paclitaxel (q 7 days) as described Regimen for Breast Cancer (Early stage)	12
5S	<u>TAC</u> Regimen for Breast Cancer (Metastasis หรือไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้)	13
6S	<u>Docetaxel (Taxotere[®])</u> Regimen for Breast Cancer (Metastasis หรือไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้)	14
7S	Trastuzumab (Herceptin [®]) Regimen for Breast Cancer (Early stage (ทุกสิทธิ์) or Metastasis (ยกเว้นใน UC, ปกส.)	15
7S1	Trastuzumab (Herceptin [®]) <u>weekly</u> Regimen for Breast Cancer (Early stage)	16
7S2	Trastuzumab (Herceptin [®]) weekly X 12 cycle then q 3 week x 12 Cycle Regimen for Early stage Breast Cancer	17
26S	<u>EC</u> Regimen for Breast Cancer (ไม่สามารถใช้ Doxorubicin ได้)	53
27S	<u>FEC</u> Regimen for Breast Cancer (ไม่สามารถใช้ Doxorubicin ได้)	54
32S	<u>Docetaxel and Carboplatin plus Herceptin (TCH)</u> Regimen for Breast Cancer	66
33S	<u>Liposomal Doxorubicin</u> Regimen for Breast Cancer (Recurrent or Metastasis)	67
36S	Eribulin (Halaven [®]) Regimen Breast Cancer (Metastasis)	70
37S	Paclitaxel for Breast Cancer (Metastasis)	71
37S1	Paclitaxel weekly Regimen for Breast Cancer (Early stage)	72
38S	TC Regimen for early stage Breast Cancer* กรณีมีข้อห้ามใช้ Doxorubicin (เคยได้รับ Doxorubicin มาก่อน หรือ LVEF < 50% หรือมีประวัติ CHF เท่านั้น)	73
45S	<u>Liposomal Doxorubicin and Cyclophosphamide</u> Regimen for Breast Cancer (Recurrent or Metastasis)	81
61S	<u>Capecitabine (Xeloda[®])</u> oral Regimen for Breast Cancer (Metastasis)	106
62S	Megestrol acetate (Megace) oral Regimen for Breast Cancer (Metastasis)	107
63S	<u>Tamoxifen</u> oral Regimen for Breast Cancer (Early stage)	108
63S1	<u>Tamoxifen oral</u> Regimen for Breast Cancer (Metastasis)	109
64S	<u>Letrozole oral</u> Regimen for Breast Cancer (Early stage)	110

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
64S1	<u>Letrozole oral</u> Regimen for Breast Cancer (Metastasis)	111
67S	<u>Docetaxel (Taxotere[®]) and Capecitabine (Xeloda[®]) oral</u> Regimen for Breast cancer	114
73S	<u>Cyclophosphamide and Docetaxel plus Trastuzumab (Herceptin[®])</u> Regimen for Breast Cancer (Adjuvant or Mastastasis ไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้)	121
74S	<u>Trastuzumab (Herceptin[®]) Plus Docetaxel (Taxotere[®])</u> Regimen for Breast Cancer Adjuvant (ทุกสิทธิ์) / Mastastasis (ยกเว้น UC, ปกส) ไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้	122
76S	<u>Trastuzumab (Herceptin[®]) and Docetaxel (Taxotere[®])</u> Regimen for Breast Cancer Adjuvant (ทุกสิทธิ์) / Mastastasis (ยกเว้น UC, ปกส) ไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้	123
77S	<u>Pertuzumab, Trastuzumab (Herceptin[®]) and Docetaxel (Taxotere[®])</u> Regimen for Breast Cancer	124

Chemotherapy Order Sheet for Colorectal cancer โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
8S	<u>5-FU and Leucovorin</u> Regimen for Adjuvant chemotherapy colorectal cancer (หลังการผ่าตัด Stage II ที่มีปัจจัยเสี่ยง & Stage III, ECOG 0-1), Mestastasis ที่ผ่าตัดออกได้หมด และ Palliative Chemotherapy ระยะ IV หรือมีโรคกำเริบ (ECOG 0-1)	18
8S1	<u>5-FU/Leucovorin</u> Regimen for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 4 วัน) (Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II–stage III, ECOG 0-1)	19
8S2	<u>5-FU ALONE</u> for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 3 วัน) (Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II–stage III, ECOG 0-1)	20
8S3	<u>5-FU/Leucovorin</u> Regimen for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 3 วัน) (Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II–stage III, ECOG 0-1)	21
8S4	<u>5-FU Alone</u> Regimen Regimen for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 3 วัน) (Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II – stage III, ECOG 0-1)	22
9S	<u>FOLFOX4</u> Regimen for Colorectal cancer (Adjuvant chemotherapy State II ที่มีปัจจัยเสี่ยง, State III) (ECOG 0-1)	31
10S	<u>FOLFOX 4</u> and Bevacizumab Regimen for Colorectal cancer (Metastasis)	32
11S	<u>Xelox</u> Regimen for Regimen for Colorectal cancer (Metastasis)	33
12S	<u>5-FU and Mitomycin C</u> Regimen for Anal Canal Cancer	34
21S	<u>CAPOX and Bevacizumab</u> Regimen for Metastasis Colorectal cancer (State IV)	48
24S	<u>FOLFIRI</u> Regimen for Colorectal cancer (Metastasis)	51
25S	<u>FOLFIRI and Bevacizumab</u> Regimen for Metastasis Colorectal cancer (State IV)	52
39S	<u>de Gramont</u> Regimen for Colorectal cancer	74

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
40S	<u>Cetuximab and Irinotecan</u> Regimen for Colorectal cancer (Metastasis, K-ras wild type)	75
51S	<u>mFOLFOX6</u> Regimen for Colorectal cancer (Adjuvant chemotherapy State II มีปัจจัยเสี่ยง, State III) (ECOG 0-1)	87
52S	<u>mFOLFOX 6 and Bevacizumab</u> Regimen for Colorectal cancer (Metastasis)	88
60S	<u>Tegafur Uracil /Leucovorin oral</u> Regimen for Colorectal Cancer (Adjuvant chemotherapy State II ที่มีปัจจัยเสี่ยง, State III, ECOG 0-1)	105
78S	<u>TS-one oral and Oxaliplatin</u> regimen for Colorectal Cancer (Locally, advanced, metastasis)	125
79S	<u>TS-one oral and</u> regimen for regimen for Colorectal Cancer(Locally, advanced, metastasis)	126
81S	<u>Cetuximab and FOLFIRI</u> Regimen for Colorectal cancer (Metastasis)	128

Chemotherapy Order Sheet for Lung cancer โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
15S	<u>Docetaxel (Taxotere[®]) and Cisplatin</u> Regimen for Non-small cell Lung Cancer (Metastasis, Second Line)	38
16S	<u>Paclitaxel plus Carboplatin</u> (CbPac) Regimen for Non-small cell lung cancer (Potential resectable stage IIIA (3 Cycle), Stage IIIB and IV (First line drugs) (4-6 Cycle)	39
16S1	<u>Docetaxel (Taxotere[®]) plus Carboplatin</u> Regimen for Non-small cell lung cancer (Potential resectable stage IIIA, Stage IIIB and IV (Second line drugs)	40
16S2	Paclitaxel plus Carboplatin (q 7 days) (CbPac STEP 1) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี)	41
16S3	Paclitaxel plus Carboplatin (q 21 days) (CbPac STEP 2) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี)	42
20S	<u>Paclitaxel (Intaxel[®]) plus Cisplatin</u> Regimen for Non-small cell Lung Cancer	46
20S1	<u>Docetaxel (Taxotere[®]) plus Cisplatin</u> Regimen for Non-Small Cell Lung Cancer	47
28S	<u>PE1</u> Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Small Cell Lung Cancer	55
28S1	<u>PE2</u> Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Small Cell Lung Cancer	56
28S2	<u>PE2</u> Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Small Cell Lung Cancer	57
29S	<u>PE2</u> Regimen (Carboplatin plus Etoposide) for Small Cell Lung Cancer (ไม่สามารถให้ยา Cisplatin ได้)	58
29S1	PE STEP1 (Cisplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี)	59
29S2	PE STEP2 (Cisplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี)พิจารณาให้ในรายตอบสนองไม่ดีและ residual tumor, ECOG0-2)	60

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
29S3	PE STEP1 (Carboplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี)	61
29S4	<u>PE STEP 2</u> (Carboplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer พิจารณาให้ ในราย ตอบสนองดีและ Residual tumor, ECOG0-2, ไม่สามารถใช้ยา Cisplatin ได้)	62
30S	<u>PE</u> Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Non-small cell lung cancer Potential resectable stage IIIA (2 Cycle), Stage IIIB and IV (First line drugs) (4-6 Cycle)	63
30S1	<u>Carboplatin</u> plus Etoposide for Non-small cell lung cancer Potential resectable stage IIIA (2 Cycle), Stage IIIB and IV (First line drugs) (4-6 Cycle) และไม่สามารถใช้ยา Cisplatin ได้)	64
31S	<u>Irinotecan and Cisplatin</u> Regimen for Small Cell Lung Cancer (Extensive stage)	65
44S	<u>Carboplatin/Gemcitabine</u> Regimen for potential resectable stage IIIA, Metastasis stage IIIB & IV NSCL	79
44S1	<u>Carboplatin/Gemcitabine</u> Regimen for Non-small cell lung cancer (Potential resectable stage IIIA)	80
46S	<u>Topotecan</u> Regimen for Small Cell Lung Cancer	82
48S	<u>Pemetrexed (Alimta[®])</u> Regimen for Non-small cell lung cancer Advanced or Metastatic nonsquamous	84
49S	<u>Pemetrexed (Alimta[®]) and Carboplatin</u> Regimen for Non-small cell lung cancer Advanced or metastatic nonsquamous	85
50S	<u>Pemetrexed (Alimta[®]) and Cisplatin</u> Regimen for Non-small cell lung cancer Advanced or metastatic nonsquamous	86
53S	<u>Docetaxel (Taxotere[®])</u> Regimen for Non-small cell lung cancer Metastasis stage IIIB & IV (seconde line)	89
54S	<u>CAV</u> Regimen for Small Cell Lung Cancer	90
55S	<u>CG (Cisplatin/Gemcitabine)</u> Regimen for Non-small cell lung cancer Stage IIIB and IV (First line drugs)	91
55S1	<u>Carboplatin/Gemcitabine</u> Regimen for Non-small cell lung cancer Stage IIIB and IV (First line drugs)	92
80S	<u>TS-one oral and Carboplatin</u> regimen for Non-small Cell lung (Advanced or metastasis)	127

Chemotherapy Order Sheet for CCA, HCC โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
8S5	<u>5-FU and Leucovorin</u> Regimen for Postoperative chemoradiation Cholangiocarcinoma cancer (Postive margin, lymph node posive, ECOG 0 or 1 <u>DAY 1-5 x 6 Cycles</u>)	23

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
8S6	<u>5-FU and Leucovorin</u> Regimen for Postoperative chemoradiation Cholangiocarcinoma cancer (Postive margin, lymph node positive, ECOG 0 or 1 <u>DAY 1-4 x 2 Cycle</u>)	24
58S	<u>Cisplatin plus 5-FU</u> Regimen for Cholangiocarcinoma Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis Cholangiocarcinoma	103
59S	<u>Carboplatin plus 5-FU</u> Regimen for Cholangiocarcinoma Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้/ Metastasis Cholangiocarcinoma	104
70S	<u>Cisplatin and Gemcitabine Day 1, 8</u> Regimen for Cholangiocarcinoma (Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis)	117
70S1	<u>Cisplatin D 1, 8 and Gemcitabine Day 1,8</u> Regimen for Cholangiocarcinoma (Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis)	118
71S	<u>GemOx</u> Regimen for Advanced Cholangiocarcinoma cancer (Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis ECOG 1-2)	119
72S	<u>S-GemOx</u> Regimen for Cholangiocarcinoma cancer (Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis ECOG 0)	120

Chemotherapy Order Sheet for Gastric and Esophagus cancer โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
8S7	5-FU/Leucovorin Regimen for Gastric cancer หลังการผ่าตัด D2 resection/ ภายหลังผ่าตัดน้อยกว่า D2 resection Adjuvant therapy (Stage IIA-IIIC, ECOG 0-2) และ Metastasis	26
8S8	5-FU/Leucovorin Regimen for Gastric cancer /ภายหลังผ่าตัดน้อยกว่า D2 resection ไม่สามารถ Concurrent chemoradiation ได้ ให้ Adjuvant therapy อย่างเดียว (Stage IB-IV, ECOG 0-2)	27
8S10	5-FU/Leucovorin Regimen for Metastasis Gastric cancer	28
8S11	5-FU/Leucovorin Regimen for Metastasis Gastric cancer หรือมีโรคกำเริบ (Palliative Chemotherapy)	29
8S12	5-FU/Leucovorin Regimen for Esophagus cancer (Postoperative Concurrent Chemoradiation, Stage I-IIb และ Stage III ECOG 0-2)	30
13S	<u>Cisplatin plus 5-FU</u> Regimen for Gastric Cancer (Metastasis, First Line)	35
13S1	<u>Carboplatin plus 5-FU</u> Regimen for Gastric Cancer (Metastasis, First Line)	36
14S	<u>TCF</u> Regimen for Gastric Cancer (Metastasis, Second Line)	37
34S	Paclitaxel Regimen for <u>Adenocarcinoma</u> Esophagus Cancer (Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2)	68

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
42S	<u>Epirubicin, Oxaliplatin and Cepecitabine (Xeloda®) (EOX) Regimen for Gastric cancer</u>	77
56S	Cisplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer (Postoperative Concurrent Chemoradiation, Stage I-IIb และ Stage III ECOG 0-2)	93
56S1	Carboplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer กรณีใช้ Cisplatin ไม่ได้ GFR<60 ml/min) (Postoperative Concurrent Chemoradiation, Stage I-IIb และ Stage III ECOG 0-2)	94
56S2	Cisplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer (Preoperative Concurrent Chemotherapy, T1b N+ และ T2-T4 N3, ECOG 0-2)	95
56S3	Carboplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer กรณีใช้ Cisplatin ไม่ได้ GFR < 60 ml/min)(Preoperative Concurrent Chemotherapy, T1b N+ และ T2-T4 N3, ECOG 0-2)	96
56S4	Cisplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer (กรณีผ่าตัดไม่ได้) (Definitive Concurrent Chemoradiation, Stage III (T4 anyN M0) หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ECOG 0-2)	97
56S5	Carboplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer (กรณีผ่าตัดไม่ได้) (Definitive Concurrent Chemoradiation, Stage III (T4 anyN M0) หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ECOG 0-2)	98
57S	<u>Cisplatin plus 5-FU Regimen for Squamous Cell Esophagus Cancer (Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2)</u>	99
57S1	<u>Carboplatin plus 5-FU Regimen for Squamous Cell Esophagus Cancer (Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2 และใช้แทน Cisplatin กรณีที่ GFR < 60 ml/min)</u>	100
57S2	<u>Cisplatin plus 5-FU Regimen for Adenocarcinoma Esophagus Cancer (Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2)</u>	101
57S3	<u>Carboplatin plus 5-FU Regimen for Adenocarcinoma Esophagus Cancer (Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2 และใช้แทน Cisplatin กรณีที่ GFR < 60 ml/min)</u>	102
65S	<u>TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) oral for Gastric Cancer</u>	112
66S	<u>TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) oral and Cisplatin for Gastric Cancer</u>	113
68S	<u>Docetaxel (Taxotere®) and Carboplatin Regimen for Gastric Cancer</u>	115
82S	<u>Capecitabine/Cisplatin Regimen for Adjuvant therapy Gastric cancer (ภายหลังการผ่าตัด D2 Resection กรณี T1-2 N0 M0 ไม่จำเป็นต้องได้รับ Adjuvant therapy</u>	129
83S	Paclitaxel (Day 1, 8, 15, 22) Regimen for Metastasis Gastric cancer กรณีโรคกำเริบภายใน 6 เดือนหลังรับยาสูตรแรก (Second line)	130
84S	Paclitaxel Regimen for Metastasis Gastric cancer กรณีโรคกำเริบภายใน 6 เดือนหลังรับยาสูตรแรก (Second line)	131

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
85S	Paclitaxel/Carbo (Day 1, 8, 15, 22, 29 ร่วมกับ RT) Regimen for Gastric cancer (Preoperative Concurrent Chemotherapy, T1b N+ และ T2-T4 N3, ECOG 0-2 อายุ > 65 ปีขึ้นไป หรือไม่สามารถใช้ยา Cisplatin ได้)	132

Chemotherapy Order Sheet ที่ไม่มีใน protocol ของ สปสช แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
22S	Doxorubicin and Ifosfamide-Mesna Regimen for Soft Tissue Sarcoma (Advanced)	49
23S	Doxorubicin Regimen for Soft tissue sarcoma	50
35S	<u>FOLFIRINOX</u> Regimen for Metastatic Pancreatic Adenocarcinoma	69
41S	<u>Gemcitabine (Day 1, 8) and Capecitabine</u> Regimen for Pancreatic cancer	76
43S	<u>Gemcitabine (Day 1,8,15)</u> Regimen for Pancreatic cancer	78
47S	<u>Cisplatin plus Gemcitabine (Day 1, 8)</u> Regimen for Pancreatic cancer	83
69S	<u>VAC</u> Regimen for Ewing's Sarcroma	116

Chemotherapy Order Sheet for Osteosarcoma โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen	หน้า
17S	Doxorubicin and Cisplatin Regimen for Osteosarcoma (Neoadjuvant and Adjuvant)	43
18S	Doxorubicin and Cisplatin Regimen for Osteosarcoma (Metastatic stage or Recurrent)	45
19S	Etoposide Ifosfamide and Mesna Regimen for Osteosarcoma Recurrent หรือกรณีที่ เคยได้ Doxorubicin มาก่อนมากกว่า 3 รอบ	45

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
FAC (CAF) Regimen for Breast Cancer (Early stage or Metastasis) : Cycle.....

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

Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Doxorubicin (Adriamycin [®]).....mg (50 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
2. Cyclophosphamide (Endoxan [®])mg (500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min		
3. 5-FU..... mg (500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min		

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสูตรยา FAC: Extravasation , Mucositis

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....

☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด

Extravasation

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg ,RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ซอง:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ้วนครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....

☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล

ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาทีประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :

- 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CMF Regimen (Preferably oral regimen) for Breast Cancer (Early stage or Metastasis) : Cycle.....DAY1, 8

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	Day 1 วันที่.....		Day 8 วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1,8				
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1,8				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Methotrexate (MTX)mg (40 mg/ m ²) IV push DAY 1, 8				
2. 5-FU.....mg (600 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min DAY 1,8				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา MTX,5-FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ บริหารยาเคมีบำบัด ตามลำดับ

☐ ให้คำแนะนำ

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก และรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผล CBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

AC Regimen for Breast Cancer (Early stage (4 Cycle) or Metastasis (6 Cycle)) : Cycle.....

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

Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg (60 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
2. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (600 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร AC : Extravasation , Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก

☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที

☐ บริหารยา ตามลำดับ ☐ จัดทำผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูน้ำยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิด Extravasation

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg, RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยาวัดV/S และรายงานแพทย์ทันที

☐ แนะนำผู้ป่วย ; ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ 1 ช้อน:น้ำต้มสุก 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของ HM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยา Dexamethasone ☐ การฉีดยา Neupogen

☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2. ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- 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

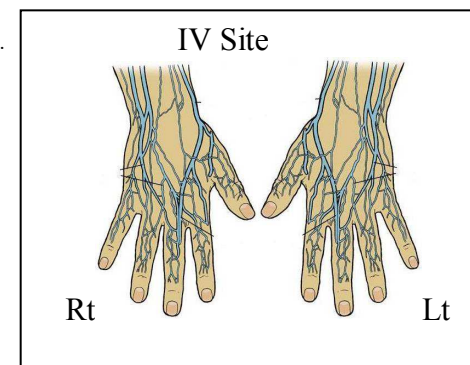
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ 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

AC followed by paclitaxel (q 21 days) as described Regimen for Breast Cancer (Early stage) : Cycle.....

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

Cycle 1-4		วันที่	
Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที		เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1			
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min			
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้			
1. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg (60 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min			
2. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (600 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min			
Cycle 5-8		วันที่	
Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที		เวลา	ผู้ให้
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			
3. Diphenhydramine (Benadryl®) 2 tab stat			
4. Ranitidine 1 amp IV push			
5. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push			
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้			
1. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (175 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr			

บันทึกทางพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Extravasation , Mucositis จากสูตร AC, Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2.1 การพยาบาล ☐ สูตรยา AC : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที ☐ บริหารยาตามลำดับ

☐ จัดทำผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้น้ำมากเกินไป

☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูป้ายที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิด Extravasation

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg, RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัด V/S และรายงานแพทย์ทันที

☐ แนะนำผู้ป่วย : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (เกลือ 1 ช้อน น้ำต้มสุก 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของ HM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยา Dexamethasone ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ อื่นๆ.....

2.2 การพยาบาล ☐ สูตรยา Paclitaxel : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที ☐ บริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Paclitaxel และวัด V/S ทุก 15 นาที (กรณีมี NSS บรรจุในสาย IV ให้ปล่อย NSS เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

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

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

5. ปรับ rate 200cc/hr : volumn = 50 cc และ rate 320 - 350 cc = จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้ หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้น้ำ ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

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

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

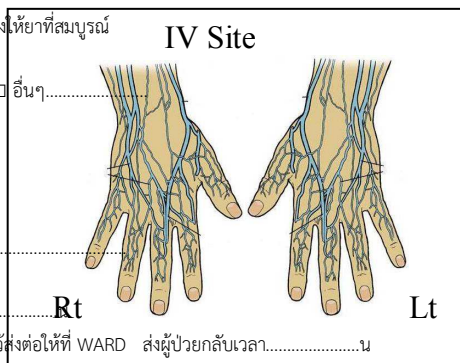
4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจ ระบุ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

AC followed by Paclitaxel (q 7 days) as described Regimen for Breast Cancer (Early stage): Cycle.....

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

☐ Cycle 1-4		วันที่	
Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที		เวลา	ผู้ให้
3. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1			
4. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min			
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้			
1. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg (60 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min			
2. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (600 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min			
☐ Cycle 5-8 DAY 1, 8, 15		วันที่	
Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที		เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO			
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min			
3. Diphenhydramine (Benadryl®) 2 tab stat			
4. Ranitidine 1 amp IV push			
5. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push			
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้			
2. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (80 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr			

บันทึกทางพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Extravasation , Mucositis จาก**สูตร AC**, Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2.1 การพยาบาล ☐ **สูตรยา AC** : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที ☐ บริหารยาตามลำดับ

☐ จัดทำผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้น้ำยามากเกินไป

☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูป้ายยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Siteนาน15-20นาที ทุก4ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg ,RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยาวัดV/Sและรายงานแพทย์ทันที

☐ แนะนำผู้ป่วย ; ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทวนทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ อื่นๆ.....

2.2 การพยาบาล ☐ **สูตรยา Paclitaxel** : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที ☐ บริหารยาตามลำดับ

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

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

2. ปรับ rate 40cc/hr : volumn 10cc -->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 160cc/hr : volumn 40cc -->เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

5. ปรับ rate rate200cc/hr : volumn = 50 cc และ rate 320 – 350 cc = จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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 ผื่นคันลิ้นแดงในช่องปากที่รุนแรง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทวนทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้น้ำ ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

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

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

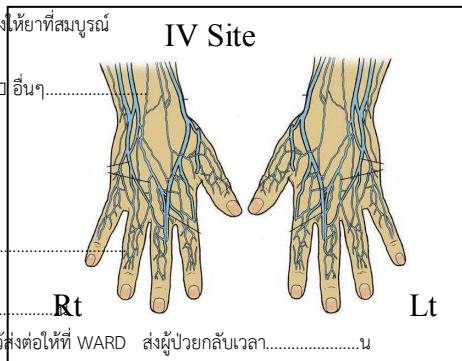
4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

TAC Regimen for Breast Cancer (Metastasis หรือไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้): Cycle.....

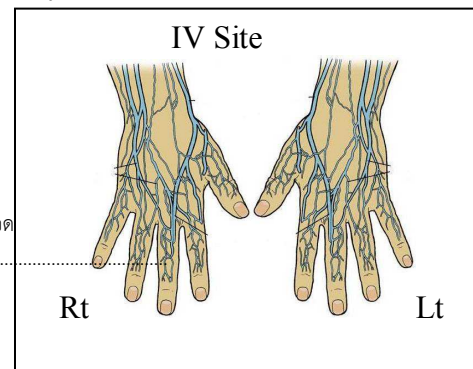
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี...หอผู้ป่วย..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Ranitidine 1 amp IV push (1 amp)		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg(50 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
2. Cyclophosphamide(Endoxan®)mg(500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min ** พัก 1 ชั่วโมง **		
3. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

- ปัญหาทางการพยาบาล** : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Docetaxel , Extravasation จาก Doxorubicin
☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....
- การพยาบาล** : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับเคมีบำบัด ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามเวลา
☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)
 - ปรับrate 20cc/hr : volumn 5cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
 - ปรับ rate 40cc/hr : volumn 10cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
 - ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
 - ปรับ rate 160cc/hr : volumn 40cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
 - ปรับ rate rate220cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด☐ 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☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น



- 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
- ผลลัพธ์** ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง
 - รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น
 - รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hrClampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....
.....

- ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ** ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจระบุ.....
ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Docetaxel (Taxotere®) Regimen for Breast Cancer (Metastasis หรือไม่สามารถให้ยา Paclitaxel ได้): Cycle.....
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี...หอผู้ป่วย..... 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. Ranitidine 1 amp IV push		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1.Docetaxel (Taxotere®).....mg (100 mg/m^2) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr		

บันทึกทางการพยาบาล

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Docetaxel

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

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

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

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

2. ปรับ rate 40cc/hr : volumn 10cc -> 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 160cc/hr : volumn 40cc -> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

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

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

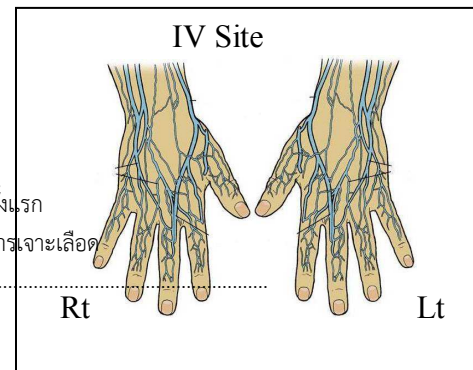
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Trastuzumab (Herceptin®) Regimen for Breast Cancer (Early stage (ทุกสิทธิ์) or Metastasis (ยกเว้นใน UC, ปกส.): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 8 mg IV push		
3. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 1 Loading dose Trastuzumab (Herceptin®).....mg (8 mg/kg; Max dose ≤ 560 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs		
2. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 2 - 18 Maintenance dose Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (6 mg/kg; Max dose ≤ 420 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs		

บันทึกทางการพยาบาล

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Trastuzumab

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

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

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

2. ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc --> เวลาน วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

3. ปรับ rate 100cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

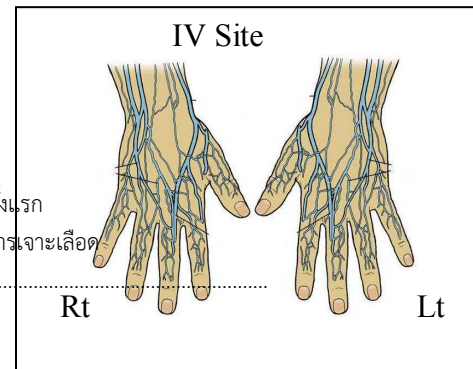
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนุ

การพยาบาล.....

.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาล



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Trastuzumab (Herceptin®) weekly Regimen for Breast Cancer (Early stage): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 8 mg IV push		
3. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 1 Loading dose Trastuzumab (Herceptin®).....mg (4 mg/kg; Max dose ≤ 280 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs		
2. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 2 - 52 Maintenance dose Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (2 mg/kg; Max dose ≤ 140 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Trastuzumab

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

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

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

2. ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc --> เวลาน วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

3. ปรับ rate 100cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

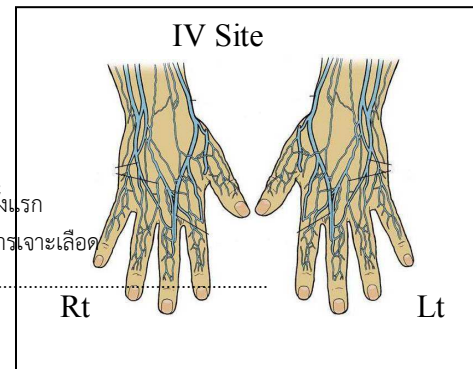
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนุ

การพยาบาล.....

.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาล



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Trastuzumab (Herceptin®) weekly X 12 cycle then q 3 week x 13 Cycle Regimen for Early stage Breast Cancer: Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 8 mg IV push		
3. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 1 Loading dose Trastuzumab (Herceptin®).....mg (4 mg/kg; Max dose ≤ 280 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs		
2. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 2 - 12 Maintenance dose Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (2 mg/kg; Max dose ≤ 140 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs		
3. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 13 - 25 Maintenance dose Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (6 mg/kg; Max dose ≤ 420 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs		

บันทึกทางการพยาบาล

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Trastuzumab

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

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

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

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

3. ปรับ rate 100cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยารั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ 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..... Rate.....cc/hr

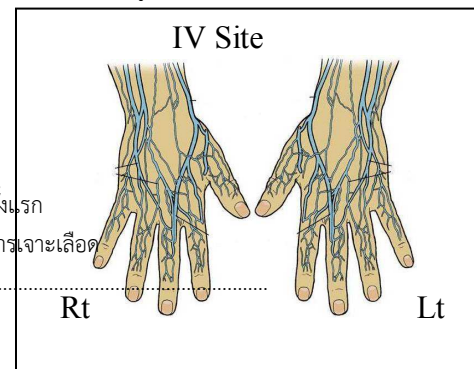
Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาล



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

☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้ Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา

☐ เฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะให้ยาและหลังให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก

หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรุบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

Update 09/2560

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU/Leucovorin Regimen for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 4 วัน)

(Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II – stage III, ECOG 0-1): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 1-2										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-5										
2. 5-FU.....mg (375 - 425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
Cycle 1 DAY 1- 5 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
Cycle 2 DAY 29 - 33 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 3-4 ร่วมกับ RT										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-4										
2. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
Cycle 3 DAY 1- 4 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
Cycle 4 DAY 29 - 32 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 5-6 ร่วมกับ RT										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-5										
2. 5-FU.....mg (380 - 400 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
Cycle 5 DAY 1- 5 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
Cycle 6 DAY 29 - 33 ฉีดยาวันที่ถึง.....										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา

☐ เฝ้าระวังอาการผื่นผดคันขึ้นที่ผิวหนังและหลังให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เลวๆ อย่ายับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดคันขึ้นที่ผิวหนังและหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดคันขึ้นที่ผิวหนังและหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดคันขึ้นที่ผิวหนังและหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดคันขึ้นที่ผิวหนังและหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดคันขึ้นที่ผิวหนังและหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU ALONE for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 3 วัน)

(Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II – stage III, ECOG 0-1): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 1-2										
1. 5-FU.....mg (500mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
Cycle 1 DAY 1- 5 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
Cycle 2 DAY 29 - 33 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 3-4 ร่วมกับ RT										
1. 5-FU.....mg (500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
Cycle 3 DAY 1- 3 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
Cycle 4 DAY 29 - 31 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 5-6 ร่วมกับ RT										
1. 5-FU.....mg (450 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
Cycle 5 DAY 1- 5 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
Cycle 6 DAY 29 - 33 ฉีดยาวันที่ถึง.....										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ เฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะให้ยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เลวๆ อย่ายับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU/Leucovorin Regimen for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 3 วัน)

(Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II – stage III, ECOG 0-1): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 1-2 ร่วมกับ RT										
1. 5-FU.....mg (500mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 1 DAY 1- 5 ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 2 DAY 29 - 33 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 3-4 ร่วมกับ RT										
1. 5-FU.....mg (500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 3 DAY 1- 3 ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 4 DAY 29 - 31 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 5-6 ร่วมกับ RT										
1. 5-FU.....mg (450 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 5 DAY 1- 5 ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 6 DAY 29 - 33 ฉีดยาวันที่ถึง.....										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา

☐ เฝ้าระวังอาการผื่นแพ้พิษของยาและหลังให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เลวๆ อย่ายับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU Alone Regimen Regimen for Colorectal cancer (ช่วงทำ RT ให้ยา 3 วัน)

(Adjuvant chemotherapy หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา stage II – stage III, ECOG 0-1): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา
Premedication 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้ <input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 1-2 ร่วมกับ RT 1. 5-FU.....mg (1,000mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 1 DAY 1- 5 ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 2 DAY 29 - 33 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 3-4 ร่วมกับ RT 1. 5-FU.....mg (500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 3 DAY 1- 3 ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 4 DAY 29 - 31 ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 5 DAY 1- 3 ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 6 DAY 29 - 31 ฉีดยาวันที่ถึง.....										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัด V/S ☐ ดูแลให้ Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้ยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ายับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
5-FU and Leucovorin Regimen for Postoperative chemoradiation Cholangiocarcinoma cancer
(Postive margin, lymph node posive, ECOG 0 or 1 DAY 1-5 x 6 Cycle): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push										
2. 5-FU..... mg (375-425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้ยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
5-FU and Leucovorin Regimen for Postoperative chemoradiation Cholangiocarcinoma cancer
(Postive margin, lymph node posive, ECOG 0 or 1 DAY 1-4 x 2 Cycles): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
<u>Premedication 30 min before chemotherapy</u>								
1. NSS 100 cc IV drip KVO								
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min								
<u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>								
1. Leucovorin mg (20 mg/m^2) IV push								
2. 5-FU..... mg (400 mg/m^2) in NSS 100 ml IV drip in 30 min								

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ เฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะให้ยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการขณะให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
5-FU/Leucovorin Regimen for Gastric cancer หลังการผ่าตัด D2 resection/ภายหลังผ่าตัด
น้อยกว่า D2 resection Adjuvant therapy (Stage IIA-IIIC, ECOG 0-2) และ Metastasis: Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push										
2. 5-FU..... mg (425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้ยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU/Leucovorin Regimen for Gastric cancer /ภายหลังผ่าตัดน้อยกว่า D2 resection

ไม่สามารถ Concurrent chemoradiation ได้ ให้ Adjuvant therapy อย่างเดียว (Stage IB-IV, ECOG 0-2): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 1										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-5										
2. 5-FU.....mg (425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
DAY 1-5 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 2 ร่วมกับ RT										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-4										
2. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
DAY 1-4 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 3 ร่วมกับ RT										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-3										
2. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
DAY 1-3 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 4										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-5										
2. 5-FU.....mg (425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
DAY 1-5 ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 5										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push DAY 1-5										
2. 5-FU.....mg (425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										
DAY 1-5 ฉีดยาวันที่ถึง.....										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารังแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา

☐ ฝ้าระงัวอาการผื่นผดพิษให้ยาและหลังให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ายับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ฝ้าระงัวอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ฝ้าระงัวอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ฝ้าระงัวอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ฝ้าระงัวอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ฝ้าระงัวอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
5-FU/Leucovorin Regimen for Gastric cancer /ภายหลังผ่าตัดน้อยกว่า D2 resection
Adjuvant chemoradiotherapy (Stage IIA-IIIC, ECOG 0-1): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push										
2. 5-FU..... mg (425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้ยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU/Leucovorin Regimen for Metastasis Gastric cancer: Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push										
2. 5-FU..... mg (425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษในยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดพิษให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU/Leucovorin Regimen for Metastasis Gastric cancer หรือมีโรคกำเริบ (Palliative Chemotherapy): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Leucovorin mg (20 mg/m ²) IV push										
2. 5-FU..... mg (375-425 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

- ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
- ☐ ฝึกระวังอาการผื่นปฏิกิริยาแพ้ยาและหลังให้ยา
- ☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว ทุบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ ฝึกระวังอาการผื่นแพ้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ ฝึกระวังอาการผื่นแพ้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ ฝึกระวังอาการผื่นแพ้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ ฝึกระวังอาการผื่นแพ้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ ฝึกระวังอาการผื่นแพ้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

5-FU/Leucovorin Regimen for Esophagus cancer

(Postoperative Concurrent Chemoradiation, Stage I-IIb และ Stage III ECOG 0-2): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 cc IV drip KVO										
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้ <input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 1 1. Leucovorin mg (20 mg/m^2) IV push <u>DAY 1-5</u> 2. 5-FU.....mg (425 mg/m^2) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 1 <u>DAY 1- 5</u> ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 2 - 3 ร่วมกับ RT 1. Leucovorin mg (20 mg/m^2) IV push <u>DAY 1-4</u> 2. 5-FU.....mg (400 mg/m^2) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 2 <u>DAY 1- 4</u> ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 3 <u>DAY 33 - 35</u> ฉีดยาวันที่ถึง.....										
<input type="checkbox"/> ใช้ในกรณี Cycle ที่ 4-5 1. Leucovorin mg (20 mg/m^2) IV push <u>DAY 1-5</u> 2. 5-FU.....mg (425 mg/m^2) in NSS 100 ml IV drip in 30 min Cycle 4 <u>DAY 1- 5</u> ฉีดยาวันที่ถึง..... Cycle 5 <u>DAY 29 - 33</u> ฉีดยาวันที่ถึง.....										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดง ☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา

☐ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้ยาและหลังให้ยา

☐ ให้คำแนะนำ : ให้อดอาหารดื่มน้ำเกลือ(เกลือ1ซอง:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ายับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที่ R=..... ครั้ง/นาที่ เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นคันให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

FOLFOX4 Regimen for Colorectal cancer (Adjuvant chemotherapy State II ที่มีปัจจัยเสี่ยง, State III) (ECOG 0-1): Cycle.....

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

	Day 1		Day 2	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. NSS 100 cc IV drip KVO DAY 2				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1,2				
4. Chlorpheniramine(CPM) 1 amp IV push DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Oxaliplatin (Eloxatin [®])mg (85 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 ให้พร้อมกับยา Leucovorin ในวันแรก				
2. Leucovorin..... mg (200 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1, 2				
3. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in D5W 50 ml IV drip in 15 min และตามด้วย 5-FU.....mg (600 mg/m ²) in D5W 1,000 ml IV drip in 22 hrs D 1, 2				

บันทึกทางการพยาบาล

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : Hypersensitivity จากยา Oxaliplatin(Eloxatin[®]) ปวด ชา เมื่อสัมผัสความเย็น

Mucositis จาก5FU ☐ ฟร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ 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..... Rate.....cc/hr

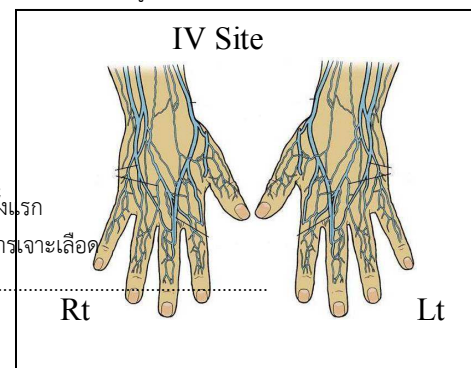
Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
FOLFOX 4 and Bevacizumab Regimen for Colorectal cancer (Metastasis): Cycle.....

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

	Day 1		Day 2		Day 3	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy						
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 ก่อนให้ Bevacizumab และ DAY 2						
2. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1 ก่อนให้ Oxaliplatin						
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-2						
4. Chlorpheniramine(CPM) 1 amp IV push DAY 1						
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Bevacizumab(Avastin®)mg (5mg/kg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hr DAY 1						
2. Oxaliplatin.....mg(85 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2hrs DAY 1						
3. Leucovorin mg (200 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1, 2 ให้พร้อมกับยา Oxaliplatin ในวันแรก						
4. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in D5W 50 ml IV drip in 15 min และตามด้วย 5-FU.....mg (600 mg/m ²) in D5W 1,000 ml IV drip in 22 hrs DAY 1, 2						

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Oxaliplatin : HSRs , Bevacizumab : HSRs, allergic reaction,
5FU: Mucositis ☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อน30 นาทีบริหารยาตามเวลา
☐ ปรับอัตราการไหลของยา Bevacizuma และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)
1. ปรับrate 40 /hr : volumn 10 cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../min
2. ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../min
3. ปรับ rate 100cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด
☐ 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
☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา กรณียา Oxaliplatin ประคบอุ่น
☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น งดดื่มน้ำเย็น งดทานของเย็นในช่วง5วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจาง
หลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง
☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรก
☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง.....☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....
☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยารั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ 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

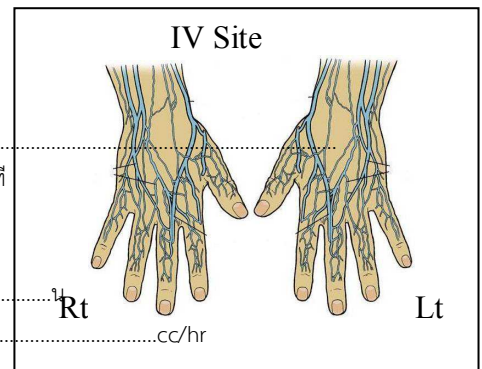
- ☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....
- ☐ รับยาไม่ครบ ON 5-FU.....mg in D5W 1,000 ml IV drip in 22 hrs Rate.....cc/hr
Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ การ

พยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Xelox Regimen for Regimen for Colorectal cancer (Metastasis): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in D5W 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
3. Chlorpheniramine(CPM) 1 amp IV push DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Oxaliplatin (Eloxatin [®])mg (130 mg/m ²) in D5W 500 ml IV drip in 4 hr DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาล รับจาก.....วันที่เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Oxaliplatin : HSRs , 5FU: Mucositis

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อน30 นาทีบริหารยาตามเวลา

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Oxaliplatin และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีD5W บรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อย D5W เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

3. ปรับ rate 160 – 180 cc/hr : =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา Oxaliplatin ประคบอุ่น

☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น งดดื่มน้ำเย็น งดทานของเย็นในช่วง5วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจาง

หลังรับประทานอาหาร หรือหลังจากเจียนทุกครั้ง

☐ 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.....

☐ รับยาไม่ครบ ON.....

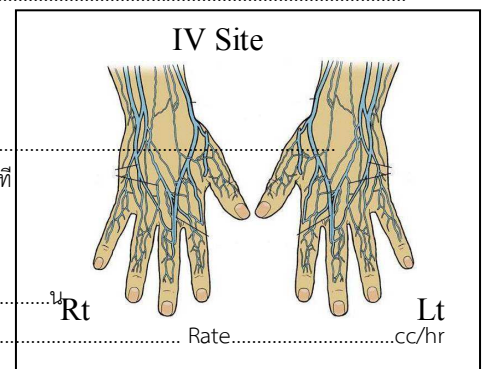
Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
ใบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัด

5-FU and Mitomycin C Regimen for Anal Canal Cancer

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย.....HN.....AN.....

Medication	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5		DAY 29		DAY 30		DAY 31		DAY 32		DAY 33	
	Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....		Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy																				
1. NSS 100 cc IV drip KVO <u>DAY 1-5 และ DAY 29-33</u>																				
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min (<u>DAY1 และ DAY 29</u>)																				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>																				
1. 5-FU..... mg (1000 mg/m^2) in NSS 1,000 ml IV drip in 22 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1 – 4 และ DAY 29 - 32</u>																				
หรือ																				
5-FU..... mg (750 mg/m^2) in NSS 1,000 ml IV drip in 22 hr tubing flush with NSS10 ml <u>DAY 1 – 5 และ DAY 29 – 33</u>																				
2. Mitomycin - C..... mg ($10\text{-}15 \text{ mg/m}^2$) in NSS 100 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS10 ml <u>DAY 1</u>																				

บันทึกการพยาบาล.....

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cisplatin plus 5-FU Regimen for Gastric Cancer (Metastasis, First Line): 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 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1 - 4										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Cisplatin.....mg (75-100mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1										
2. 5-FU.....mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1 - 4										

หมายเหตุ ห้ามใช้ D5W Flush สาย เนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน , พิษต่อไต จาก Cisplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

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

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที

☐ observe / ตรวจเย็บทุก 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้คำแนะนำเพื่อลดการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่านับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว ทุบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

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

ต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด วัดBP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที 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.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ..... การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Carboplatin plus 5-FU Regimen for Gastric Cancer (Metastasis, First Line): Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle.... วันที่.....		DAY 2 Cycle.... วันที่.....		DAY 3 Cycle.... วันที่.....		DAY 4 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml drip KVO DAY1 – 4								
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-4								
บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Carboplatinmg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY1								
2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 – 4** ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น **								

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Carboplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

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

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Carboplatin (กรณีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

ขณะให้ยาเวลา.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที

☐ 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 ผื่นคันลอกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน

และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำจืด / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ให้คำแนะนำเพื่อลดการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว ทุบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง.....☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ 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 5-FU..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญ

การ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ICE Regimen for Gastric Cancer (Metastasis, Second Line): Cycle.....

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

	Day 1		Day 2		Day 3		Day 4		Day 5	
	วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 - 5										
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1										
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1 - 5										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1 พัก 1 ชั่วโมง										
2. Cisplatin.....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1										
3. 5-FU..... mg (750 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1 - 5										

บันทึกทางการพยาบาล รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน , พิษต่อไต จาก Cisplatin , Mucositis จากยา 5-FU และ **Hypersensitivity** จาก ยา Docetaxel
☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ ☐ ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที
☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel และวัด V/S ทุก 15 นาที (กรณีมี NSS บรรจุอยู่ในสาย IV ให้ NSS เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)
1 ปรับ rate 20 /hr : volumn 5 cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim
2. ปรับ rate 40 /hr : volumn 10 cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim
3. ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim
4. ปรับ rate 160 cc/hr : volumn 40cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim
5 ปรับ rate 220 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือ

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้ หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity
- 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 ลอกเส้นแหว่งให้ยาที่สมบูรณ์

☐ ให้คำแนะนำ : ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้งแพทย์ หรือพยาบาลทันทีหรือไปพบแพทย์ที่บ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปาก ดื่มน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก
☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำ ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ 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 ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น
☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจ ระบุ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Docetaxel (Taxotere®) and Cisplatin Regimen for Non-small cell Lung Cancer (Metastasis, Second Line): Cycle.....
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปีหอผู้ป่วย.....HN.....

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	DAY 0		DAY 1	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
4. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1 พัก 1 ชั่วโมง				
2. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1				

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน , พิษต่อไต จาก Cisplatin , และHypersensitivity จาก ยา Docetaxel

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

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

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSS บรรจุอยู่ในสายIV ให้NSS เข้าไปจำนวน 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

☐ 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 ล็อกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์

☐ ให้คำแนะนำ : ดื่มน้ำวันละ2-3ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้ รีบแจ้ง แพทย์ หรือพยาบาลทันที
หรือไปรพใกล้บ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารซ้ำๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปาก ดื่มน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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

-คลื่นไส้อาเจียน ☐ 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น. ☐ เกิด

อาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel plus Carboplatin (CbPac) Regimen for Non-small cell lung cancer

(Potential resectable stage IIIA (3 Cycle), Stage IIIB and IV (First line drugs) (4-6 Cycle): 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 (200 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr		
2. Carboplatin.....mg (AUC=5-6) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr		

บันทึกทางการแพทย์ รับจาก.... วันที่เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

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

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

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Paclitaxe และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุในสายIV 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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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 ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Docetaxel (Taxotere®) plus Carboplatin Regimen for Non-small cell lung cancer
 (Potential resectable stage IIIA, Stage IIIB and IV (Second line drugs): 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. Ranitidine 1 amp IV push		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr **พัก 1 ชั่วโมง**		
2. Carboplatin.....mg in NSS 100 ml IV drip in 1 hr		

บันทึกทางการพยาบาล รับจาก.....วันที่เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
 ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Docetaxel และ Carboplatin ,Thrombocytopenia จาก Carboplatin
☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับเคมีบำบัด ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที
☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น
☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel 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 ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำจืด / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ
 การพยาบาล.....

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

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Paclitaxel plus Carboplatin (q 7 days) (CbPac STEP 1) Regimen for Non-small cell lung cancer
(Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี): 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 (50 mg/m ² พร้อมฉายรังสี) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		
2. Carboplatin.....mg(target AUC = 2, Maximum total dose ≤ 300 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาล รับจาก.... วันที่เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา HN.....

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 ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ 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 ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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 ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
 Paclitaxel plus Carboplatin (q 21 days) (CbPac STEP 2) Regimen for Non-small cell lung cancer
 (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี): 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 (200 mg/m ² พร้อมฉายรังสี) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		
2. Carboplatin.....mg(target AUC = 5-6, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาล รับจาก.... วันที่เวลา.....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 ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ 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 ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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 ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Doxorubicin and Cisplatin Regimen for Osteosarcoma (Neoadjuvant and Adjuvant): Cycle.....

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

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	DAY 0		DAY 1	
	วันที่		วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
4. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg(60-75 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1				
2. Cisplatin.....mg (75-100 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1				

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

- 1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน , พิษต่อไต จาก Cisplatin , และ Extravasation จาก Doxorubicin
☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง.....
☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ
☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนขาข้างที่ให้อย่างมากเกินไป
☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation
☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผื่นแดง HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg, RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก
หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก
☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen
☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....
☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล

ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :

- 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Doxorubicin and Cisplatin Regimen for Osteosarcoma (Metastatic stage or Recurrent): Cycle.....

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

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	DAY 0		DAY 1	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
4. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg(60-75 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1				
2. Cisplatin.....mg (60-100 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1				

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน , พิษต่อไต จาก Cisplatin , และ Extravasation จาก Doxorubicin

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....

☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg ,RR < 12

หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก

หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยารั้งแรกหรือมีปัญหา.....

☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล

ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาทีประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :

- 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรธานี

Etoposide Ifosfamide and Mesna Regimen for Osteosarcoma

Recurrent หรือกรณีที่เคยได้ Doxorubicin มาก่อนมากกว่า 3 รอบ: Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	Day 1 วันที่		Day 2 วันที่		Day 3 วันที่		Day 4 วันที่		Day 5 วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1-5</u>										
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 mins <u>DAY 1-5</u>										
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>										
1. Mesna.....mg (20% ของขนาด Ifosfamide) in NSS 50 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1-5</u> ชั่วโมงที่ 0 ก่อนให้ยา Ifosfamide, ชั่วโมงที่ 4 และ 8 (วันละ 3 ขวด)										
2. Ifosfamide.....mg (1,200-1,800mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1-5</u>										
3. Etoposide.....mg (80-100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1-5</u>										

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity/Hypotension จากยา Etoposide, bladder toxicity จาก Ifosfamide ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับเคมีบำบัด

☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Carboplatin และ Etoposide ดังนี้ Rate 20cc/hr volumn 5cc → 40cc/hr volumn 10cc → 80cc/hr volumn 20cc → 160cc/hr volumn 40cc → 200-250cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ Obsอาการและวัด V/S ทุก 15min x 4 ครั้ง

☐ ประเมินอาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้ามี หยุดให้ยา และ รายงานแพทย์ทราบทันที

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำจืด บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปัสสาวะสีชมพูให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2. ประเมินอาการระหว่างระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

-อาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

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

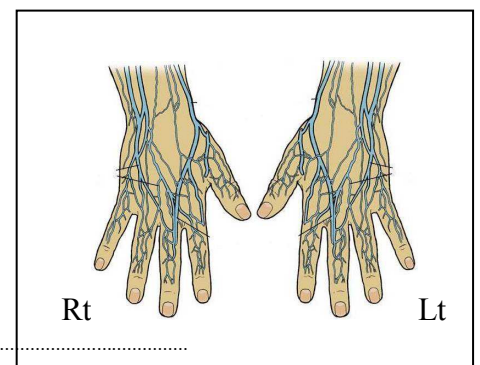
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ 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

Paclitaxel (Intaxel[®]) plus Cisplatin Regimen for Non-small cell Lung Cancer: Cycle.....

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

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	DAY 0		DAY 1	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
3. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
4. Diphenhydramine (Benadryl [®]) 2 tab stat DAY 1				
6. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Paclitaxel (Intaxel [®]).....mg (175 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr DAY 1				
2. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 ห้ามใช้ D5W Flush สาย เนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose				

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน , พิษต่อไต จาก Cisplatin , และHypersensitivity จาก ยา Paclitaxe☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel ดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 160cc/hr :

volumn 40cc-->rate200-250cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ ระหว่างให้ยา.....ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

วัด V/S ทุก 15min x 4 ครั้ง At.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

☐ ให้คำแนะนำ : ดื่มน้ำวันละ2-3ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้ รับประทานยาหรือพยาบาลทันที หรือโทรพ ใกล้เคียง

บ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำซิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจาง

หลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ให้ข้อมูลวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดและทบทวนซ้ำเรื่อง.....☐ การดูแลช่องปาก ☐ อาการคลื่นไส้อาเจียน ☐ อาการท้องเสีย ☐ อาการท้องผูก ☐ เบื่ออาหารและอ่อนเพลีย☐ ผอมร่าง ☐ การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังและเล็บ ☐ การติดเชื้อ ☐ ระบบทางเดินปัสสาวะ ☐ เพศสัมพันธ์☐ ความผิดปกติของระบบเลือด ☐ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ☐ อาการชาปลายมือ ปลายเท้า☐ ทบทวนวันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....☐ อื่นๆ.....3.ผลลัพธ์การพยาบาล ☐ ไม่เกิดADRรุนแรง ☐ ไม่เกิด Hypersensitivity☐ เกิดADRรุนแรง ☐ เกิด Hypersensitivity ระบุ..... At.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที ☐ รับยาครบ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับ เวลา.....น4.หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจระบุ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Docetaxel (Taxotere®) plus Cisplatin Regimen for Non-Small Cell Lung Cancer: Cycle.....

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

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	DAY 0		DAY 1	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
4. Diphenhydramine (Benadryl®) 2 tab stat DAY 1				
5. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1				
2. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 ห้ามใช้ D5W Flush สาย เนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose				

บันทึกทางการพยาบาล

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Docetaxel และhandfoot syndrome จาก Xeloda

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุในสายIV 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 220cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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

☐ แนะนำสังเกตอาการบริเวณมือ เท้าลอก บวมแดง เจ็บ เกิดแผลรุนแรงให้แจ้งแพทย์ทราบ

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาคั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาคั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ 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.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CAPOX and Bevacizumab Regimen for Metastasis Colorectal cancer (State IV): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO ก่อนให้ Bevacizumab		
2. D5W 100 ml IV drip KVO ก่อนให้ Oxaliplatin		
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Capecitabine (Xeloda®) (500 mg/ m ²) x BIDx..... pc (14 day) เริ่มรับประทานยา DAY 1		
2. Bevacizumab (Avastin®).....mg (7.5mg/kg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 พัก 1 ชั่วโมง		
3. Oxaliplatin (Eloxatin®)mg (130 mg/m ²) in D5W 500 ml IV drip in 4 hr tubing flush with D5W 10 ml DAY 1 ***ยาไม่เข้ากับสารละลายที่มี Chloride***		

บันทึกทางการพยาบาล

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Oxaliplatinและ Bevacizumabและhandfoot syndrome จาก Xeloda

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

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Oxaliplatin และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีD/5/W บรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อย D/5/W เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

3. ปรับ rate 160 – 180 cc/hr : =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

และ Bevacizumab Rate rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80-100 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา กรณียา Oxaliplatin ประคบอุ่น กรณียา Bevacizumab ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น งดดื่มแอลกอฮอล์ งดทานของเย็นๆในช่วง5วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Doxorubicin and Ifosfamide-Mesna Regimen for Soft Tissue Sarcoma (Advanced): Cycle.....

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

Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Furosemide 20 mg IV ชั่วโมงที่ 16 และ 28		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg (60 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 mins tubing flush with NSS 10 ml		
2. Mesnamg (600 mg/m ²) in D5W 100 ml IV drip in 30 mins DAY 1 ก่อนการบริหารยา Ifosfamide 30 mins		
3. Ifosfamidemg (5,000 mg/m ² /D5N/2 3,000 ml) in D5N/2 3,000 ml (แบ่งผสมยาใน D5N/2 1,000 ml x 3 ขวด drip in 16 hr/ขวด) IV drip in 48 hr tubing flush with NSS 10 ml (DAY1) (ให้พร้อมกับยา Mesna)		
4. Mesnamg (2,500mg/m ² D5N/2 2,000 ml) in D5N/2 2,000 ml IV drip in 48 hr (แบ่งผสมยาใน D5N/2 1,000 ml x 2 ขวด drip in 24 hr/ขวด) DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Extravasation จาก Doxorubicin☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ เลือกละเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg, RR < 12

หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ้วนครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก

หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ การเจาะเลือดตรวจ☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล

ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาทีที่ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :

- 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.....

Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Doxorubicin Regimen for Soft tissue sarcoma : Cycle.....

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

Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Doxorubicin (Adriamycin [®]).....mg (60-75 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร Doxorubicin : Extravasation , Mucositis☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยา ตามลำดับ ☐ จัดทำผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูน้ำยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิด Extravasation☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg , RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยาวัดV/S และรายงานแพทย์ทันที☐ แนะนำผู้ป่วย ; ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (เกลือ 1 ช้อน : น้ำต้มสุก 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของ HM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยา Dexamethasone ☐ การฉีดยา Neuprogen☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2. ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

- 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

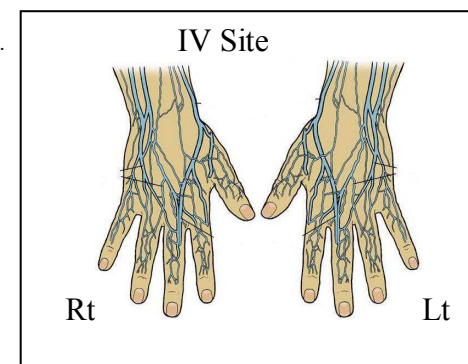
BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ 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

FOLFIRI Regimen for Colorectal cancer (Metastasis): Cycle.....

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

	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy	เวลา		เวลา	
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 2				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 2				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Irinotecan.....mg (180 mg/ m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2 DAY 1 - ให้ Atropine 0.25 mg SC - Loperamide 2 Tab Stat หลังให้ Irinotecan ทุกครั้ง		
2. Leucovorin.....mg (400 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hr DAY 1				
3. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in D5W 50 ml IVdrip in 15 min DAY 1				
4. 5-FU.....mg (1,200 mg/m ²) in D5W 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1, 2 ** ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น **				

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Irinotecan : Diarrhea (จะเกิดอาการระหว่างและภายใน 8 ชมหลังให้ยา) 5-FU : Mucositis
☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ
☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที
☐ วัด V/S ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์
☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น
☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์
☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ที่ละเอียดแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง
☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง
☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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..... Rate.....cc/hr
Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
FOLFIRI and Bevacizumab Regimen for Metastasis Colorectal cancer (State IV): Cycle.....

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

	วันที่		วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 ก่อนให้ Bevacizumab และ DAY 2				
2. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1 ก่อนให้ Irinotecan				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 2				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Bevacizumab (Avastin®).....mg (5mg/kg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 ใช้ D5W Flush สาย ก่อนให้ยา Irinotecan เนื่องจากยาไม่เข้ากับ Chloride พัก 1 ชั่วโมง				
2. Irinotecan.....mg (180 mg/ m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hr DAY 1 - ให้ Atropine 0.25 mg SC - Loperamide 2 Tab Stat หลังให้ Irinotecan ทุกครั้ง				
3. Leucovorin.....mg (400 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hr DAY 1				
4. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in D5W 50 ml IV drip in 15 min DAY 1				
5. 5-FU.....mg (1,200 mg/m ²) in D5W 1,000 ml IV drip in 24 hr tubing flush with D5W 10 ml DAY 1, 2 ** ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น **				

บันทึกทางการแพทย์ รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Irinotecan : Diarrhea (เกิดอาการระหว่างและภายใน 8 ชมหลังให้ยา) 5-FU : Mucositis

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Bevacizumab

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป ☐ ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Bevacizuma และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับอัตราการไหลตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

3. ปรับ rate 100cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น ☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษารักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ที่ละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ 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

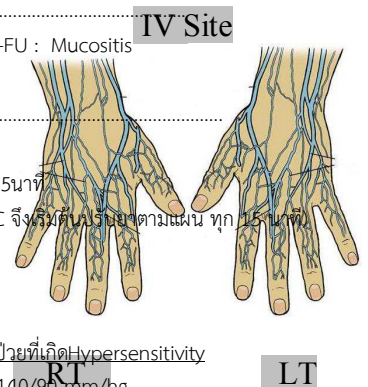
4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น ☐ เกิด

อาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
EC Regimen for Breast Cancer (ไม่สามารถใช้ Doxorubicin ได้): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Epirubicin.....mg (100 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
2. Cyclophosphamide (Endoxan [®])mg (600 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**		

บันทึกทางการพยาบาล

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: **Extravasation จากยา Epirubicin**

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg

.RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ้วนครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก

หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา..... **IV Site**

☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด วัดBP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที 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.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

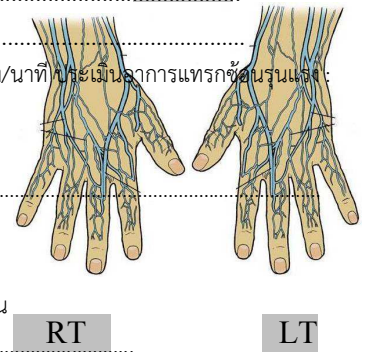
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
FEC Regimen for Breast Cancer (ไม่สามารถใช้ Doxorubicin ได้): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Epirubicin.....mg (100 mg/m^2) in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
2. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (500 mg/m^2) in NSS 100 ml IV drip in 30 min		
3. 5-FU..... mg (500 mg/m^2) in NSS 100 ml IV drip in 30 min		
**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น **		

บันทึกการพยาบาล : รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: **Extravasation จากยา Epirubicin , mucositisจาก 5FU**

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

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

☐ เลือกลำเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....

☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด วัดBP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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.....

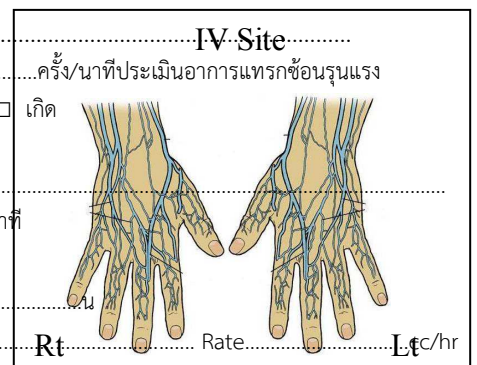
Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
PE1 Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Small Cell Lung Cancer: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

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	DAY 0		DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่		วันที่		วันที่		วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml IV drip KVO D1 – 3								
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin D 1								
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D1-3								
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Cisplatin.....mg (80 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 หาก Leak ประคบเย็น								
2. Etoposidemg (100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1 – 3 หาก Leak ประคบร้อน								

1.ปฏิกิริยาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พิษต่อไตและคลื่นไส้ อาเจียน จากยา Cisplatin , Hypersensitivity จากยา Etoposide

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

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

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

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

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

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทานน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ 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.....

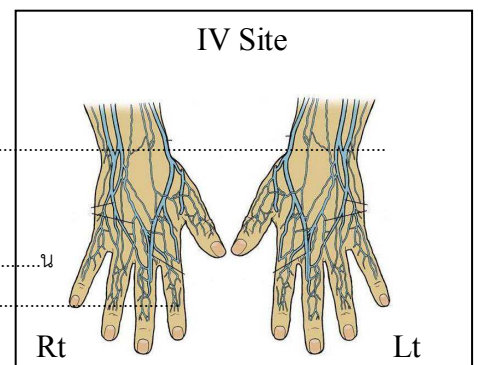
Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
PE2 Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Small Cell Lung Cancer: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

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	DAY 0		DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา		เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml IV drip KVO D1 – 3								
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin D 1								
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D1-3								
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Cisplatin.....mg (80 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 หาก Leak ประคบเย็น								
2. Etoposidemg (100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1 – 3 หาก Leak ประคบร้อน								

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พิษต่อไตและคลื่นไส้ อาเจียน จากยา Cisplatin , Hypersensitivity จากยา Etoposide

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

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

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

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

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

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทานน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญห ☐ 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.....

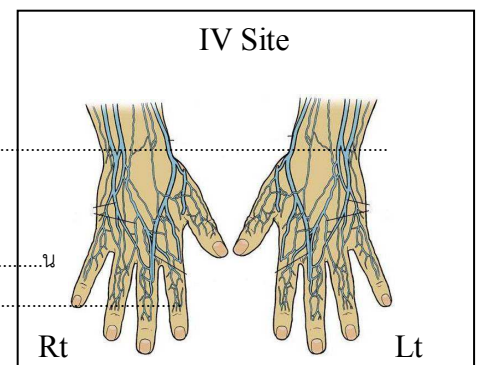
Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PE2 Regimen (Carboplatin plus Etoposide) for Small Cell Lung Cancer (ไม่สามารถใช้ยา Cisplatin ได้): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

	DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
Premedication Start 30 min before chemotherapy	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO D 1-3						
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D1-3						
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Carboplatinmg (target AUC = 5-6) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs DAY1 ** หาก Leak ประคบเย็น **						
2. Etoposidemg (100 mg/m2) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1-3 หาก Leak ประคบร้อน ** หาก Leak ประคบร้อน **						

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Etoposide และ Carboplatin

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป ☐ ตรวจเยี่ยมทุก15นาที

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

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

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

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

4. ปรับ rate 230 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

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

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระงับการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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

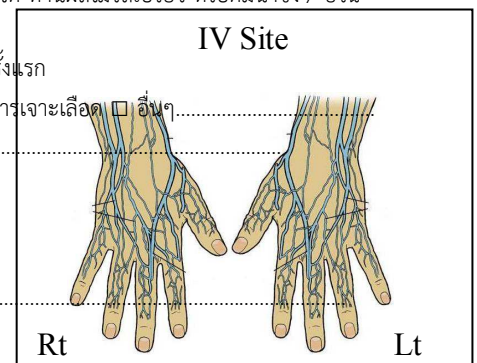
☐ รับยาไม่ครบ ON.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PE Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Adjuvant chemotherapy Non-small cell lung cancer: Cycle.....

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

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	DAY 0		DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา		เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml IV drip KVO D1-3								
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin D 1								
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D 1-3								
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Cisplatin.....mg (75-80 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 ทาก Leak ประคบเย็น								
2. Etoposidemg (100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1-3 ทาก Leak ประคบร้อน								

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พิษต่อไตและคลื่นไส้ อาเจียน จากยา Cisplatin , Hypersensitivity จากยา Etoposide

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

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

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

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

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

4. ปรับ rate 230 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทีละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญห ☐ 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

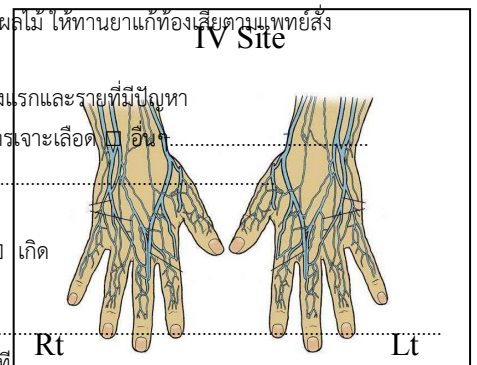
☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PE STEP1 (Cisplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี): Cycle.....

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

	DAY 0		DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5		DAY 7		DAY 8	
	วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	เวลา	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Prehydration before Cisplatin DAY 0,7,28,35 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 chemotherapy																
1. NSS 100 ml IV drip KVO NSS 100 cc IV drip KVO DAY1 -5, 8,29-33,36																
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY1,8,29,36																
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY1 -5, 8,29-33,36																
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้																
1. Cisplatin.....mg (50 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1,8,29,36 หาก Leak ประคบเย็น																
2. Etoposide mg (50 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1-5,29-33 หาก Leak ประคบร้อน																
Prehydration before Cisplatin DAY 0,7,28,35 NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day	DAY28		DAY 29		DAY 30		DAY 31		DAY 32		DAY 33		DAY 35		DAY 36	
	วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	เวลา	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy																
1. NSS 100 ml IV drip KVO NSS 100 cc IV drip KVO DAY1 -5, 8,29-33,36																
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY1,8,29,36																
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY1 -5, 8,29-33,36																
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้																
1. Cisplatin.....mg (50 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1,8,29,36 หาก Leak ประคบเย็น																
2. Etoposide mg (50 mg/m ²) ของการฉายรังสี in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1-5,29-33 หาก Leak ประคบร้อน																

บันทึกการพยาบาล.....
.....
.....

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
PE STEP2 (Cisplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III
ใช้ร่วมกับการฉายรังสี) พิจารณาให้ในรายตอบสนองดีและ residual tumor, ECOG-2): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

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	DAY 0		DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา		เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
3. NSS 100 ml IV drip KVO D1 – 3								
4. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin D 1								
3 . Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D1-3								
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Cisplatin.....mg (80 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 หาก Leak ประคบเย็น								
2. Etoposidemg (100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1 – 3 หาก Leak ประคบร้อน								

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พิษต่อไตและคลื่นไส้ อาเจียน จากยา Cisplatin , Hypersensitivity จากยา Etoposide

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

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

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

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

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

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทานน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปัสสาวะสีขุ่นให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณที่ใหยา ☐ 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.....

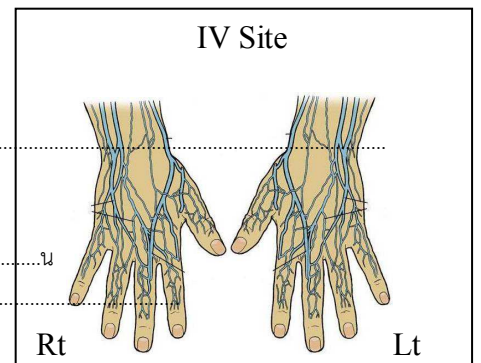
Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PE STEP1 (Carboplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer (Stage II มีข้อห้ามในการผ่าตัด และ Stage III ใช้ร่วมกับการฉายรังสี): Cycle.....

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

	DAY 1		DAY 2		DAY 3		DAY 4		DAY 5	
	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา
Premedication Start 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 ml IV drip KVO NSS 100 cc IV drip KVO_ DAY 1-5, 29-33										
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-5, 29-33										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Carboplatinmg (target AUC = 5-6, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1,29										
2. Etoposidemg (50 mg/m ² ของการฉายรังสี) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1-5,29-33										
หาก Leak ประคบร้อน										
	DAY 29		DAY 30		DAY 31		DAY 32		DAY 33	
	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา
Premedication Start 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 ml IV drip KVO NSS 100 cc IV drip KVO_ DAY 1-5, 29-33										
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-5, 29-33										
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้										
1. Carboplatinmg (target AUC = 5-6, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1,29										
หาก Leak ประคบเย็น										
2. Etoposidemg (50 mg/m ² ของการฉายรังสี) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1-5,29-33										
หาก Leak ประคบร้อน										

บันทึกการพยาบาล

.....

.....

.....

.....

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PE STEP 2 (Carboplatin) Regimen for Non-small cell lung cancer

พิจารณาให้ในรายตอบสนองดีและ Residual tumor, ECOG-2, ไม่สามารถให้ยา Cisplatin ได้): Cycle.....

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

	DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
Premedication Start 30 min before chemotherapy	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>D 1-3</u>						
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>D1-3</u>						
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Carboplatinmg (target AUC = 5-6) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <u>DAY1</u> ** หาก Leak ประคบเย็น **						
2. Etoposidemg (100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs <u>DAY 1-3</u> ** หาก Leak ประคบร้อน **						

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Etoposide และ Carboplatin

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที

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

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

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

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

4. ปรับ rate 230 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

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

☐ observe / ตรวจเย็บทุก 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

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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

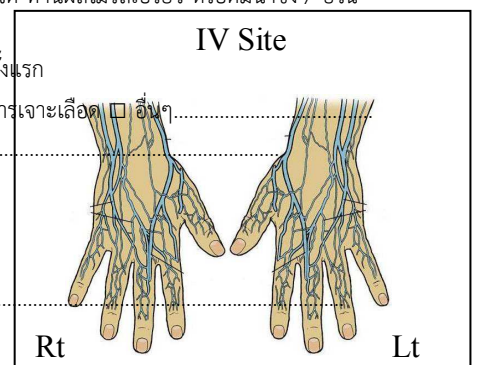
☐ รับยาไม่ครบ ON.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

PE Regimen (Cisplatin plus Etoposide) for Non-small cell lung cancer

Potential resectable stage IIIA (2 Cycle), Stage IIIB and IV (First line drugs) (4-6 Cycle): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

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	DAY 0		DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
	เวลา		เวลา		เวลา		เวลา	
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml IV drip KVO D1 – 3								
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin D 1								
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D1-3								
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Cisplatin.....mg (80 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1 หาก Leak ประคบเย็น								
2. Etoposidemg (100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1 – 3 หาก Leak ประคบร้อน								

1.ปฏิกิริยาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พิษต่อไตและคลื่นไส้ อาเจียน จากยา Cisplatin , Hypersensitivity จากยา Etoposide

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

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

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

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

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

☐ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทานน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ 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.....

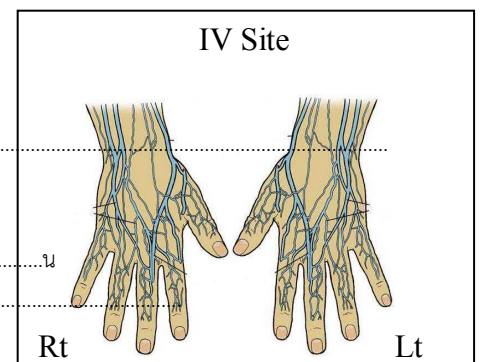
Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin plus Etoposide for Non-small cell lung cancer (Potential resectable stage IIIA (2 Cycle), Stage IIIB and IV (First line drugs) (4-6 Cycle) และไม่สามารถใช้ยา Cisplatin ได้): Cycle.....

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

	DAY 1		DAY 2		DAY 3	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
Premedication Start 30 min before chemotherapy	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO D 1-3						
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D1-3						
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Carboplatinmg (target AUC = 5-6) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs DAY1 ** หาก Leak ประคบเย็น **						
2. Etoposidemg (100 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs DAY 1-3 ** หาก Leak ประคบร้อน **						

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
 ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Etoposide และ Carboplatin

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....☐ อื่นๆ.....

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที

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

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

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

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

4. ปรับ rate 230 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

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

☐ observe / ตรวจเย็บทุก 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

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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

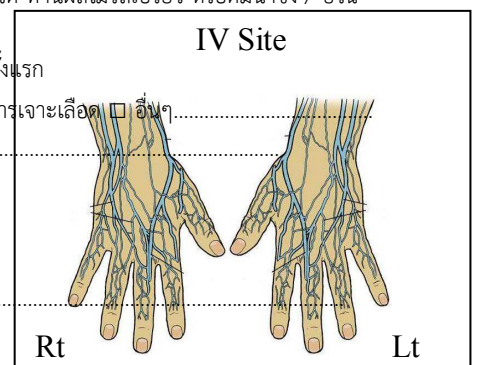
☐ รับยาไม่ครบ ON.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Irinotecan and Cisplatin Regimen for Small Cell Lung Cancer (Extensive stage): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

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	DAY 0 วันที่.....		DAY 1 วันที่.....		DAY 8 วันที่.....		DAY 15 วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml IV drip KVO D1 ก่อนให้ Cisplatin								
2. D5W 100 ml IV drip KVO D1,8,15 ก่อนให้ Irinotecan								
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin D1								
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D1,8,15								
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Cisplatin.....mg (60 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs D1								
2. Irinotecan.....mg (60 mg/ m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hrs D1, 8, 15 ** ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น **								

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พิษต่อไตจากยา Cisplatin , Diarrhea จากยา Irinotecan

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารายครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด ,ตื้น ,เหนียว , แน่นหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้ามี หยุดให้ยาและ รายงานแพทย์ทราบทันที

☐ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ2-3ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้แจ้ง แพทย์หรือพยาบาลทันที หรือโทรพบ ใกล้บ้าน

☐ ให้คำแนะนำ 1.ทานอาหารอ่อน ที่ละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ 2. ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

3. ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง

4. บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารายครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยารายครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ 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.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Docetaxel and Carboplatin plus Herceptin (TCH) Regimen for Breast Cancer (ไม่สามารถใช้ Paclitaxel ได้): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
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		
3. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 1 Loading dose Trastuzumab (Herceptin®).....mg (8 mg/kg; Max doses ≤ 560 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <input type="checkbox"/> กรณีรับยา Cycle 2 - 18 Maintenance dose Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (6 mg/kg; Max dose ≤ 420 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs		
2. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr พัก 1 ชั่วโมง		
3. Carboplatin.....mg (target AUC = 5-6) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr		

บันทึกทางการแพทย์รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการแพทย์ : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Trastuzumab ,Docetaxelและ Carboplatin ,Thrombocytopenia จาก Carboplatin ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากกรรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxe (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

Rate 20cc/hr : volumn 5cc ----> 40cc/hr : volumn 10cc ----> 80cc/hr : volumn 20cc ---->160cc/hr : volumn 40cc ----> 200-250cc/hr

volumn=จำนวนยาที่เหลือ (กรณี Trastuzumabและ Carboplatin ปรับRate 40cc/hr : volumn 10cc ----> 80cc/hr : volumn 20cc 160-250 cc/hr volumn = จำนวนยาที่เหลือ)

เวลา.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim เวลา.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

เวลา.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim เวลา.....น. วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

☐ 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

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำซิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Liposomal Doxorubicin Regimen for Breast Cancer (Recurrent or Metastasis) Cycle.....

ไม่ตรงตาม Protocol

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. D5W 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Ondansetron (Oncia [®]) 8 mg IV push		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Liposomal Doxorubicin.....mg (50 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hr (ถ้าขนาด ของ Liposomal Doxorubicin ≥ 90 mg ผสมใน D5W 500 ml IV drip in 3 hr)** หาก Leak ประคบเย็น** ห้ามใช้ NSS Flush สาย เนื่องจาก Liposomal doxorubicin ไม่เข้าสารละลายที่มี Chloride		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดHypersensitivity จากยาLiposomal Doxorubicin

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

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Lipodox และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณี d/5/w บรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อย d/5/w เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

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

4.ปรับ rate 230 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

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

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
 Paclitaxel Regimen for Adenocarcinoma Esophagus Cancer
 (Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2): Cycle.....

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

Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + 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 Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
3. Paclitaxel (Intaxel [®]).....mg (175 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr		

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

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

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

2. ปรับ rate 40cc/hr:volumn 10cc --> 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 160cc/hr : volumn 40cc--> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

5. ปรับ rate rate200cc/hr: volumn = 50 cc และ rate 320 – 350 cc = จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ล้อกเส้นแหว่งให้ยาที่สมบูรณ์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
FOLFIRINOX Regimen for Metastatic Pancreatic Adenocarcinoma Cycle.....X 2 DAYS

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

	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 2				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 2				
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Oxaliplatin (Eloxatin®)mg (85 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with D5W 10 ml DAY 1		
2. Leucovorin.....mg (400 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1				
3. Irinotecan.....mg (180 mg/ m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hr DAY 1 ให้พร้อมกับยาLeucovorinหลังเริ่มไปแล้ว 30 mins - ให้ Atropine 0.25 mg SC - Loperamide 2 Tab Stat หลังให้Irinotecanทุกครั้ง				
4. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in D5W 50 ml IVdrip in 15 min DAY 1				
5. 5-FU.....mg (1,200 mg/m ²) in D5W 1,000 ml IV drip in 24 hr DAY 1, 2 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**				

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผล lab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากIrinotecan: Diarrhea (จะเกิดอาการระหว่างและภายใน 8 ชมหลังให้ยา) 5-FU : Mucositis

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ..... 2. การพยาบาล : ☐

วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

- ☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก 15 นาที
- ☐ วัด V/S ประเมินอาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์
- ☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น
- ☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์
- ☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ที่ละเอียดแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง
- ☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังกาอาหารทุกครั้ง
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง:

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด
- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด
- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด ☐ อื่นๆ.....

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate..... cc/hr

Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจ ระบุ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Eribulin(Halaven®) Regimenfor Breast Cancer: Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	Day 1 วันที่.....		Day 8วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1,8				
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1,8				
Hormonal therapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1.Eribulin(Halaven®).....mg (1.4mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 15 min DAY 1,8				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา:

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

☐ วัดV/S ประเมินอาการและการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที

☐ บริหารยาเคมีบำบัด ตามลำดับ

☐ ให้คำแนะนำ

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มีแอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะดวก และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่านับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>-อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....</p> <p>ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผล CBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....</p> <p>ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel for Breast Cancer (Metastasis): Cycle.....

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

Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + 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 Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (175 mg/m^2) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr		

บันทึกทางการพยาบาล

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

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารับครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

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

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

2. ปรับ rate 40cc/hr:volumn 10cc --> 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 160cc/hr : volumn 40cc--> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

5. ปรับ rate rate200cc/hr: volumn = 50 cc และ rate 320 – 350 cc = จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ลอกเส้นแหว่งให้ยาที่สมบูร์ณ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารับครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง.....☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยารับครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel weekly Regimen for early stage Breast Cancer: Cycle.....

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

Pre Medication ก่อนให้ Chemo 30 นาที	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + 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 Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (80 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

- 1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel
☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....
- 2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที ☐ บริหารยาตามลำดับ
☐ ปรับอัตราการไหลของยา Paclitaxel และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)
1. ปรับrate 20cc/hr : volumn 5cc -->

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

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 160cc/hr : volumn 40cc-->

เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
5. ปรับ rate rate200cc/hr: volumn = 50 cc และ rate 320 – 350 cc = จำนวนยาที่เหลือจนหมด
- ☐ observe / ตรวจเยียมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ลอกเส้นแหว่งให้ยาที่สมบูร์ณ
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรก
- ☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง.....☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....
- ☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยารั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง
- 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
- ☐ รับยารครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น

☐ ส่งกลับwardเวลา.....น
- ☐ รับยาไม่ครบ ON.....

Rate.....cc/hr
- Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น
- ☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

- 5.ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจระบุ.....
- ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

TC Regimen for early stage Breast Cancer* กรณีมีข้อห้ามใช้ Doxorubicin

(เคยได้รับ Doxorubicin มาก่อน หรือ LVEF < 50% หรือมีประวัติ CHF เท่านั้น): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ward..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Ranitidine 1 amp IV push		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (600 mg/m ²) in NSS100 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml		
2. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ ปรับอัตราการไหลของยาDocetaxelและวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้เปลี่ยนNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

- ปรับ rate 20cc/hr : volumn 5cc → เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 40cc/hr:volumn 10cc → เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc→ เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 160cc/hr : volumn 40cc→ เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate rate200cc/hr: volumn = 50 cc และ rate 320 – 350 cc = จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ลอกเส้นแหว่งให้ยาที่สมบูรณ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

- 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.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

de Gramont Regimen for Colorectal cancer

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 2 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 2				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 2				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้ 1. Leucovorin mg (400 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs DAY 1				
2. 5-FU..... mg (400 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 15 min DAY 1				
3. 5-FU..... mg (1200 mg/m ²) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1, 2				
ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก5FU : Mucositis☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

☐ ประเมินอาการและอาการแสดง☐ วัดV/S ☐ ดูแลให้Pre medication และบริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา☐ ฝ้าระวังอาการผื่นผื่นคันผื่นแพ้ยาและหลังให้ยา☐ ให้คำแนะนำ : ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	ประเมิน.Pt..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีที่ฝ้าระวังอาการผื่นแพ้ให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที□D/C กลับบ้านเวลา.....น □ส่งกลับWard เวลา.....น	
2	ประเมิน.Pt..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีที่ฝ้าระวังอาการผื่นแพ้ให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที□D/C กลับบ้านเวลา.....น □ส่งกลับWard เวลา.....น	
3	ประเมิน.Pt..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีที่ฝ้าระวังอาการผื่นแพ้ให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที□D/C กลับบ้านเวลา.....น □ส่งกลับWard เวลา.....น	
4	ประเมิน.Pt..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีที่ฝ้าระวังอาการผื่นแพ้ให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที□D/C กลับบ้านเวลา.....น □ส่งกลับWard เวลา.....น	
5	ประเมิน.Pt..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีที่ฝ้าระวังอาการผื่นแพ้ให้และหลังให้เคมีบำบัด..... IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที□D/C กลับบ้านเวลา.....น □ส่งกลับWard เวลา.....น	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cetuximab + Irinotecan Regimen for Metastasis colorectal cancer, K-ras wild type Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy		
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 ก่อนให้ Cetuximab		
2. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1 ก่อนให้ Irinotecan		
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push DAY 1		
Chemotherapy บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix [®]).....mg (400 mg/m ²) (เฉพาะรับยาครั้งแรกเท่านั้น) Loading dose in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 หรือ <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix [®]).....mg (500 mg/m ²) Maintenance dose in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		
2. Irinotecan.....mg (180 mg/ m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hrs tubing flush with D5W 10 ml DAY 1**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**		

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากIrinotecan: Diarrhea (เกิดอาการระหว่างและภายใน 8 ชมหลังให้ยา)
Hypersensitivityจากยา Cetuximab ☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีที่บริหารยาตามลำดับ
☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที
☐ ปรับอัตราการไหลของยา Cetuximab และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

- ปรับ rate 40 /hr : volumn 10 cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 80cc/hr:volumn 20cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 160 cc/hr:volumn 40cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 250 – 300 cc/hr:=จำนวนยาที่เหลือจนท --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

☐ observe / ตรวจเย็บทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

- ☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น ☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์
- ☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทึ่นน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง
- ☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง
- ☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา
- ☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยาNeupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....
- ☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

-Extravasation: ปวด บวมแดง 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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Gemcitabine (Day 1, 8) and Capecitabine Regimen for Pancreatic carcinoma: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....

หอผู้ป่วย.....

HN.....

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1, 8</u>				
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1, 8</u>				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>				
1. Capecitabine (Xeloda [®]) (1700-2000 mg/ m ² /) x BID **ห้ามหักแบ่งเม็ดยา**x..... pc (14 day) / tab <u>เริ่มรับประทานยา DAY 1</u>				
2. Gemcitabinemg (1,000 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 45 min tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1 และ DAY 8</u> **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น**				

ปัญหาทางการพยาบาล :

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ เสี่ยงต่อการเกิด hand foot syndrome จากXeloda

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล :

☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีที่บริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที

☐ ให้คำ แนะนำผู้ป่วยว่าหลังได้รับยา อาจมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โดยปกติอาการไม่รุนแรงและเกิดขึ้นชั่วคราวได้แก่ใช้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลหรือยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งได้ อาการจะป็นอยู่2-3วันแนะนำดื่มน้ำมากๆและเหงื่อ ทาโลชั่น ให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอห้ามแช่น้ำอุ่น สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการชา ปวด หรือมีแผลให้แจ้งแพทย์ทราบทันที

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

การประเมินผลการพยาบาล :

วันที่	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
DAY 1	<div>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</div> <div>ประเมิน hand foot syndrome <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</div> <div>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดวัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :</div> <div>- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</div> <div>-HSRs : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</div> <div>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</div> <div>3.หลังให้เคมีบำบัด : เวลา.....น วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</div> <div>ผลลัพธ์ <input type="checkbox"/> รับยาครบ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้าน เวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</div> <div><input type="checkbox"/> รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARDส่งกลับเวลา.....น</div> <div>4. ให้คำแนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</div>	
DAY 8	<div>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</div> <div>ผลLab : ANC=.....cell/mm3 ประเมิน hand foot syndrome <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</div> <div>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดวัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :</div> <div>- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</div> <div>-HSRs : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</div> <div>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</div> <div>3.หลังให้เคมีบำบัด : เวลา.....น วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</div> <div>ผลลัพธ์ <input type="checkbox"/> รับยาครบ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้าน เวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</div> <div><input type="checkbox"/> รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARDส่งกลับเวลา.....น</div> <div>4. ให้คำแนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</div>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Epirubicin, Oxaliplatin and Cepecitabine (Xeloda®)(EOX)Regimen for Gastric cancer: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy		
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1ก่อนให้ Oxaliplatin		
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 minDAY 1		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Capecitabine (Xeloda®) (1250 mg/ m ² /day) x BIDx..... pc (21 day) เริ่มรับประทานDAY1		
2. Epirubicin.....mg (50 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min tubing flush with D5W 10 ml DAY 1		
3. Oxaliplatin (Eloxatin®)mg (130 mg/m ²) in D5W 500 ml IV drip in 4 hr tubing flush with D5W 10 ml DAY 1		

ปัญหาทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

ปัญหาทางการพยาบาล ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Epirubicin:Extravasation,Oxaliplatin: Hypersensitivityปวด ชา เมื่อสัมผัสของเย็น, คลื่นไส้ อาเจียน,Xeloda : hand foot syndrome ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก.....

การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยาOxaliplatinและวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีD5/W บรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อย D5/W เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

3. ปรับ rate 160 – 180 cc/hr:จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ให้คำแนะนำ - หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น จดตึมน้ำเย็น จดทานของเย็นๆในช่วง5วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin

- บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

- ดูแลมือและเท้า ทาโลชั่น ให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ ห้ามแช่น้ำอุ่น สังเกตอาการผื่นแพ้ เช่นอาการชา ปวด หรือมีแผลให้แจ้งแพทย์ทราบทันที

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/h Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุน

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Gemcitabine (Day 1,8,15) Regimen for Pancreatic carcinoma, Non-Small Cell Lung Cancer (NSCL) : Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

	DAY 1		DAY 8		DAY 15	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before CMT						
1.NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8, 15						
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D 1, 8, 15						
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Gemcitabinemg (1,000 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 45 min DAY 1, 8 และ DAY 15						

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยาและให้ยาObserve อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที☐ ให้Pre medication ก่อน 30 นาที

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยาประคบเย็น☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ แนะนำผู้ป่วยว่าหลังได้รับยา อาจมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โดยปกติอาการไม่รุนแรงและเกิดขึ้นชั่วคราวได้แก้ไข อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ
สามารถรับประทานยาพาราเซตามอลหรือยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งได้ อาการจะดีขึ้นอยู่2-3วัน

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ประเมิน hand foot syndrome <input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดวัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :</p> <p>- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณIV Site<input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>-HSRs : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน<input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>3.หลังให้เคมีบำบัด : เวลา.....น วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลลัพธ์<input type="checkbox"/> รับยาครบ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้าน เวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p><input type="checkbox"/> รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hrClampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARDส่งกลับเวลา.....น</p> <p>4. ให้คำแนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ<input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลLab : ANC=.....cell/mm3 2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดวัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :</p> <p>- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณIV Site<input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>-HSRs : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน<input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>3.หลังให้เคมีบำบัด : เวลา.....น วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลลัพธ์<input type="checkbox"/> รับยาครบ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้าน เวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p><input type="checkbox"/> รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hrClampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARDส่งกลับเวลา.....น</p> <p>4. ให้คำแนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ<input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	
15	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย..... ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลLab : ANC=.....cell/mm3 2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดวัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง :</p> <p>- Extravasation : ปวด บวม แดง บริเวณIV Site<input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>-HSRs : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน<input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด<input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>3.หลังให้เคมีบำบัด : เวลา.....น วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลลัพธ์<input type="checkbox"/> รับยาครบ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้าน เวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p><input type="checkbox"/> รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hrClampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARDส่งกลับเวลา.....น</p> <p>4. ให้คำแนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ<input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CG (Cisplatin/Gemcitabine) Regimen for Non-small cell lung cancer(Potential resectable stage IIIA):Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	DAY 1		DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8				
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, 8				
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Gemcitabinemg(1,000 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 45 min Day 1 และ Day 8				
2. Cisplatin.....mg (80 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity และThrombocytopeniaจาก Carboplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยาให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ปรับRate ยาCarboplatin ปรับRate 40cc/hr : volumn 10cc--->80cc/hr : volumn 20cc ----> 160-250 cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ)

☐ ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้ามีหยุดให้ยาและ รายงานแพทย์

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ แนะนำผู้ป่วยอาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน และยาแก้ปวดข้อต่างๆ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมินผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจสั้น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p>5.อื่นๆ.....</p>	
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมินผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผล CBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจสั้น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p>5.อื่นๆ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin/Gemcitabine Regimen for Non-small cell lung cancer(Potential resectable stage IIIA): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

	DAY 1		DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy	เวลา		เวลา	
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min D 1, 8				
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Gemcitabinemg(1,000 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 45 min Day 1 และ Day 8				
2. Carboplatinmg (target AUC = 5) in NSS 100 ml IV drip in 1 Day 1**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity และThrombocytopeniaจาก Carboplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ปรับRate ยาCarboplatin ปรับRate 40cc/hr : volumn 10cc-->80cc/hr : volumn 20cc ----> 160-250 cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ)

☐ ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด , ตื่น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้ามีหยุดให้ยาและ รายงานแพทย์

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ แนะนำผู้ป่วยอาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน และยาแก้ปวดข้อต่างๆ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมินผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจสั้น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p>5.อื่นๆ.....</p>	
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมินผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=.....BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผล CBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจสั้น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p>5.อื่นๆ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Liposomal Doxorubicin and Cyclophosphamide Regimen for Recurrent or Metastasis Breast Cancer: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy		
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Liposomal Doxorubicin.....mg (30 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hr ถ้าขนาด ของ Liposomal Doxorubicin ≥ 90 mg ผสมใน D5W 500 ml IV drip in 3 hr tubing flush with D5W 10 ml DAY 1 ** Liposomal doxorubicin ไม่เข้าสารละลายที่มี Chloride **		
2. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (600 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min tubing flush with D5W 10 ml DAY 1** หาก Leak ประคบเย็น **		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Lipodox

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

2.การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Lipodox และวัด V/S ทุก 15 นาที (กรณีมี d/5/w บรรจุอยู่ในสาย IV ให้ปล่อย d/5/w เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

1. ปรับ rate 40 /hr : volumn 10 cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

2. ปรับ rate 80cc/hr:volumn 20cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

3. ปรับ rate 160 cc/hr:volumn 40cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

4.ปรับ rate 230 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ใหยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

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

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clamp ยาไว้

ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Topotecan Regimen for Small Cell Lung Cancer: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1	
	วันที่.....	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy		
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. Topotecan.....mg (1.5 mg/m^2 , Max= 4 mg)in NSS 100 ml drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml ** ยาเคมีสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น **		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Topotecan

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Topotecan และวัดV/Sทุก 15 นาที

(กรณีมี NSS บรรจุอยู่ในสาย IV ให้ปล่อย NSS เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

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

4.ปรับ rate 230 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้

ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cisplatin plus Gemcitabine (Day 1, 8) Regimen for PancreasCA: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

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	DAY 0 วันที่.....		DAY 1 วันที่.....		DAY 8 วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy						
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8						
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อน ให้ Cisplatin DAY 1						
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 8						
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1						
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 100 ml IV drip in 45 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1, 8**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น*						

บันทึกทางการพยาบาล

DAYรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน , พิษต่อไต จาก Cisplatin ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้าย
ไข้หวัดใหญ่ ☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก 15 นาที

☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาทีถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mm/Hg, RR <

12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัด V/S และรายงานแพทย์

☐ ให้คำแนะนำ : ให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้ รับประทาน แพทย์
หรือพยาบาลทันที หรือไปพบ ไกลบ้าน / ถ้ามีคลื่นไส้อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำจืด / บ้วนปาก
ด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- คลื่นไส้อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด- อื่นๆ.....

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา..... น ☐ ส่งกลับ ward เวลา..... น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate..... cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับ
เวลา..... น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Pemetrexed + Carboplatin Regimen for NSCL cancer Advanced or metastatic nonsquamous: Cycle.....

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

Medication	Day 0 Cycle..... วันที่.....		Day 1 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
DAY 0 Vitamin B12 1 amp IM				
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 minDAY 1				
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Pemetrexed(Alimta®).....mg (500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1** หาก Leak ประคบเย็น**				
2. Carboplatin.....mg (target AUC = 5) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1				

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Alimta :คลื่นไส้อาเจียน กดไขกระดูก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องอืด ท้องเสีย ความรู้สึกรับรสเปลี่ยน อาการชา ผื่นร่วน ผื่น ผิวหนังลอก เกิดพิศตอไต , Carboplatin : Hypersensitivity และThrombocytopenia

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ อธิบายอาการแทรกซ้อนจากยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ☐ วัดV/S ประเมินอาการ

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ บริหารยาCarboplatin ปรับrate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate200-250cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง

บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยารั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้

ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Update 09/2560

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Pemetrexed(Alimta®)+Cisplatin Regimen for Advanced or metastatic nonsquamous NSCL: Cycle.....

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

Medication	Day 0 Cycle..... วันที่.....		Day 1 Cycle..... วันที่.....	
	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 + Vitamin B12 IM				
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Pemetrexed(Alimta®).....mg (500 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1** หาก Leak ประคบเย็น**				
2. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 ** หาก Leak ประคบเย็น**				

บันทึกทางพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Alimta : คลื่นไส้ อาเจียน กดไขกระดูก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องอืด ท้องเสีย ความรู้สึกรับสเปลี่ยน อาการชา ผื่น รังสี ผิวหนังลอก เกิดพิศตอโต , เกิดพิศตอโต จากยา Cisplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ อธิบายอาการแทรกซ้อนจากยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ☐ วัด V/S ประเมินอาการ

☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำแข็งบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของ HM แนะนำและทบทวนข้อเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยา Dexamethasone ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ 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 ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate..... cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจ ระบุ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

mFOLFOX 6Regimen for Colorectal cancer

(Adjuvant chemotherapy State II มีปัจจัยเสี่ยง, State III) (ECOG 0-1): Cycle.....

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

Medication	Day 1		Day 2	
	วันที่.....	ผู้ให้	วันที่.....	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. D5W 100 ml IV dripKVO <u>DAY 1</u>				
2. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY2</u>				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in D5W 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1, 2</u>				
4. Chlorpheniramine(CPM) 1 amp IV push <u>DAY 1</u>				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>				
1. Leucovorin mg (400 mg/m^2) in D5W250 ml IV drip in 2.5 hrs <u>DAY 1**ให้พร้อมกับยา Oxaliplatin**</u> <u>ห้ามใช้ NSS Flush สาย ใน DAY 1</u>				
2. Oxaliplatin(Eloxatin [®]).....mg (85 mg/m^2) in D5W 250 ml IV drip in 2.5 hrs tubing flush with D5W 10 ml <u>DAY 1</u>				
3. 5-FU.....mg (400 mg/m^2) in D5W 50 ml IV drip in 15 min <u>DAY 1</u>				
4. 5-FU.....mg ($1,200 \text{ mg/m}^2$) in D5W 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with D5W 10 ml <u>DAY 1, 2**หาก Leak ประคบเย็น**</u>				

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล :☐เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivityจากยา Oxaliplatin(Eloxatin[®]) ปวด ชา เมื่อสัมผัสผิวหนัง Mucositisจาก5FU

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

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

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา กรณียา Oxaliplatin ประคบอุ่น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น จดตึมน้ำเย็น จดทานของเย็นๆในช่วง5วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร

หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
mFOLFOX 6 and Bevacizumab Regimen for Colorectal cancer (Metastasis): Cycle.....

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

Medication	Day 1		Day 2	
	วันที่.....	เวลาที่.....	วันที่.....	เวลาที่.....
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1 ก่อนให้ Bevacizumab และ DAY 2</u>				
2. D5W 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1 ก่อนให้ Oxaliplatin</u>				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in D5W 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1, 2</u>				
4. Chlorpheniramine(CPM) 1 amp IV push <u>DAY 1</u>				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>				
1. Oxaliplatin(Eloxatin [®]).....mg (85 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2.5 hrs tubing flush with D5W 10 ml <u>DAY 1 ***ห้ามใช้ NSS Flush สาย***</u>				
2. Leucovorin mg (400 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 2.5 hrs <u>DAY 1**ให้พร้อมกับยา Oxaliplatin**</u>				
3. 5-FU.....mg (400 mg/m ²) in D5W 50 ml IV drip in 15 min <u>DAY 1</u> <u>** ใช้ NSS Flush สาย ก่อนและหลังให้ยา Bevacizumab **</u>				
4. Bevacizumab(Avastin [®])mg (5mg/kg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hr (60cc/hr) tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u>				
5. 5-FU.....mg (1,200 mg/m ²) in D5W 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with D5W 10 ml <u>DAY 1, 2**หาก Leak ประคบเย็น**</u>				

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

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาOxaliplatin : HSRs , Bevacizumab : HSRs, allergic reaction, 5-FU: Mucositis

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

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อน30 นาทีที่บริหารยาตามเวลา

☐ปรับอัตราการไหลของยา Bevacizuma และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSช้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

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

3.ปรับ rate 100cc/hr : volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ใบน้าแดง ผื่นคัน

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา กรณียา Oxaliplatin ประคบอุ่น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น จดต้มน้าเย็น จดทานของเย็นในช่วง5วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin

/ บ้วนปากด้วยน้าอุ่นๆหรือน้าเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Docetaxel (Taxotere®) Regimen for NSCL cancer Metastasis stage IIIB & IV (seconde line): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Ranitidine 1 amp IV push		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1.Docetaxel (Taxotere®).....mg (60-75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivity จากยาDocetaxel

☐ พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

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

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

- ปรับrate 20cc/hr : volumn 5cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 40cc/hr:volumn 10cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 80cc/hr : volumn 20cc--> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate 160cc/hr : volumn 40cc--> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
- ปรับ rate rate220cc/hr: volumn =จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CAV Regimen for Small Cell Lung: Cycle.....

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

Medication	DAY 1	
	วันที่.....	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy		
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Vincristine.....mg (1.4 mg/m ² , Max dose 2 mg) IV slow push tubing flush with NSS 10 ml DAY 1** หาก Leak ประคบร้อน**		
2. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg (40-50 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1** หาก Leak ประคบเย็น**		
3. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (800-1,000 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1** หาก Leak ประคบเย็น**		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนExtravasationจากยา Vincristine,Adriamycin

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

2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีที่บริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่ชนิดของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยา ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยารั้งแรกหรือมีปัญหา.....

☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CG (Cisplatin/Gemcitabine) Regimen for NSCL cancer Stage IIIB and IV (First line drugs): Cycle.....

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

Medication	Day 0 Cycle..... วันที่.....		Day 1 Cycle..... วันที่.....		Day 8 Cycle..... วันที่.....	
	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 chemotherapy						
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8						
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 8						
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						
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 100 ml IV drip in 45 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1, 8 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**						

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin :พิษต่อไต , Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ2-3ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือ พยาบาล ทันที หรือโทรพ ใกล้เคียง

☐ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำจืด บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น 7.

☐ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก15-30นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง□ วันนัด □การทานยาDexa □การฉีดยาNeuprogen

☐อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2.ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

- อาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด ,ตื่น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

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

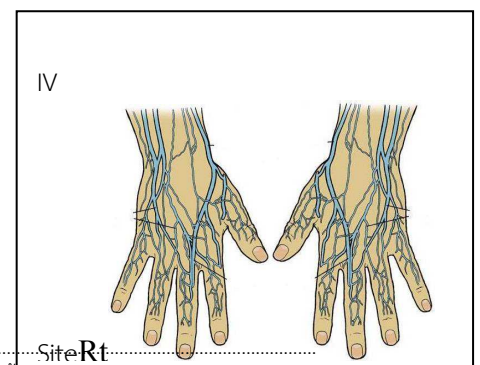
☐รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบON.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin/Gemcitabine Regimen for Non-small cell lung cancer Stage IIIB and IV (First line drugs): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

	DAY 1		DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min Day 1 และ Day 8				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Gemcitabinemg(1,000 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 45 min Day 1 และ Day 8				
2. Carboplatinmg (target AUC = 5) in NSS 100 ml IV drip in 1 Day 1**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity และ Thrombocytopenia จาก Carboplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ปรับ Rate ยา Carboplatin ปรับ Rate 40cc/hr : volumn 10cc ---> 80cc/hr : volumn 20cc ----> 160-250 cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ)

☐ ประเมินอาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้ามีหยุดให้ยาและ รายงานแพทย์

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ แนะนำผู้ป่วยอาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน และยาแก้ปวดข้อต่างๆ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของ HM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยา Dexamethasone ☐ การฉีดยา Neuprogen

☐ อื่นๆ.....

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1. ก่อนให้ยา ประเมินผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>3. ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับ ward เวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p>5. อื่นๆ.....</p>	
8	<p>1. ก่อนให้ยา ประเมินผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผล CBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....</p> <p>2. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด - อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>- คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ.....</p> <p>3. ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> D/C กลับบ้านเวลา.....น <input type="checkbox"/> ส่งกลับ ward เวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p> <p>5. อื่นๆ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Cisplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer

(Postoperative Concurrent Chemoradiation, Stage I-IIb และ Stage III ECOG 0-2): Cycle.....

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

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	Day 0 Cycle..... วันที่.....		Day 1 Cycle..... วันที่.....		Day 2 Cycle..... วันที่.....		Day 3 Cycle..... วันที่.....		Day 4 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 ml drip KVO DAY1 – 4										
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1										
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-4										
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										
2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24										
DAY 1 – 4**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น**										

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Extravasation จากยา Vincristine, Adriamycin

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

2. การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่นิยามของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ 1 ช้อน:น้ำต้มสุก 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยา ☐ การฉีดยา Neuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

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

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer

(Postoperative Concurrent Chemoradiation, Stage I-IIb และ Stage III ECOG 0-2):Cycle.....

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

Medication	DAY 1/29 Cycle.... วันที่.....		DAY 2/30 Cycle.... วันที่.....		DAY 3/31 Cycle..... วันที่.....		DAY 4/32Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml drip KVO <u>DAY1 – 4, DAY 29-32</u>								
2 Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1-4, DAY 29-32</u>								
บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Carboplatinmg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY1,29</u>								
2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1 – 4, DAY 29-32**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**</u>								

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....น ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผล lab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Carboplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

☐ พ้องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Carboplatin (กรณีมี NSS บรรจุอยู่ในสาย IV ให้ปล่อย NSS เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

rate 40cc/hr: volume 10cc → rate 80cc/hr : volume 20cc → rate 220-250 cc/hr : volume = จำนวนยาที่เหลือ

ขณะให้ยาเวลา.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพา ยาแอสไพริน และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำขิง

☐ ให้คำแนะนำเพื่อลดการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (เกลือ 1 ช้อน : น้ำต้มสุก 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะดวก และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานทานอาหารเท่านั้น

3. ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก 2 ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้อาหาร

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

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

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4.ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON5-FU..... Rate..... cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Cisplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer

(Preoperative Concurrent Chemotherapy, T1b N+ และ T2-T4 N3, ECOG 0-2): Cycle.....

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

DAY 0, Day28 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml +KCl 20 mEq +50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day	Day 0/28 Cycle..... วันที่.....		Day 1/29 Cycle..... วันที่.....		Day 2/30 Cycle..... วันที่.....		Day 3/31 Cycle..... วันที่.....		Day 4/32 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 ml drip KVO DAY1 – 4, DAY 29-32 2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1, DAY 29 3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-4 , DAY 29-32 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, Day29 2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 DAY 1 – 4, DAY 29-32 **ยาเคมีบำบัดสูดดม Leak ประคบเย็น**										

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Extravasation จากยา Vincristine, Adriamycin

☐ พ้องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่วิธีการของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ 1 ช้อน: น้ำต้มสุก 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยา ☐ การฉีดยา Neuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

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

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4. ผลลัพธ์ ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา..... น ☐ ส่งกลับ ward เวลา..... น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate..... cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา..... น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer

(Preoperative Concurrent Chemotherapy, T1b N+ และ T2-T4 N3, ECOG 0-2):Cycle.....

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

Medication	DAY 1/29 Cycle.... วันที่.....		DAY 2/30 Cycle.... วันที่.....		DAY 3/31 Cycle..... วันที่.....		DAY 4/32Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml drip KVO <u>DAY1 – 4, DAY 29-32</u>								
2 Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1-4 , DAY 29-32</u>								
<u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>								
1. Carboplatinmg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY1,29</u>								
2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1 – 4, DAY 29-32**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**</u>								

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Carboplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

☐ พ้องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Carboplatin (กรณีมี NSS บรรจุอยู่ในสาย IV ให้ปล่อย NSS เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

ขณะให้ยาเวลา.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน

และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำซิง

☐ ให้คำแนะนำเพื่อลดการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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 ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON5-FU..... .Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Cisplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer (กรณีผ่าตัดไม่ได้)

(Definitive Concurrent Chemoradiation, Stage III (T4 anyN M0) หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ECOG 0-2):Cycle.....

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

Prehydration before Cisplatin ก่อนวันที่มีการให้ยา Cisplatin 1 วัน) NSS 1000 ml +KCl 20 mEq +50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day	Day 0/28 Cycle.... วันที่.....		Day 1/29 Cycle.... วันที่.....		Day 2/30 Cycle.... วันที่.....		Day 3/31 Cycle.... วันที่.....		Day 4/32 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy										
1. NSS 100 ml drip KVO (ตามวันที่มีการให้ยา Cisplatin)										
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin (ตามวันที่มีการให้ยา Cisplatin)										
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min (ตามวันที่มีการให้ยา Cisplatin)										
บริหารยาตามลำดับดังนี้ให้ยาร่วมกับการทำ RT 1. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1,Day29</u> 2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 <u>DAY 1 – 4, DAY 29-32</u> **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น**										

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....

ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

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

ปกติ

ผิดปกติ

ปกติ

ผิดปกติ

1.ปัญหาทางการพยาบาล :

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนExtravasationจากยา Vincristine,Adriamycin

พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว

วิตกกังวลเรื่อง.....

อื่นๆ.....

2. การพยาบาล :

วัดV/S ประเมินอาการ

ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีที่บริหารยาตามลำดับ

เลือกเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์

แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้นยามากเกินไป

ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่นชนิดของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง.....

วันนัด

การทานยา

การฉีดยาNeuprogen

การเจาะเลือดตรวจ

อื่นๆ.....

ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

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.....

Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

5.ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ

เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้

ไม่เข้าใจระบุ.....

ผู้บันทึก.....

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Update 09/2560

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตต์

Carboplatin/5-FU Regimen for Esophagus Cancer (กรณีผ่าตัดไม่ได้)

(Definitive Concurrent Chemoradiation, Stage III (T4 anyN M0) หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ECOG 0-2):Cycle.....

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

Medication	DAY 1/29 Cycle.... วันที่.....		DAY 2/30 Cycle.... วันที่.....		DAY 3/31 Cycle..... วันที่.....		DAY 4/32Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml drip KVO (ตามวันที่มีการให้ยา Cisplatin)								
2 Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min(ตามวันที่มีการให้ยา Cisplatin)								
บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Carboplatinmg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY1,29</u>								
2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml								
DAY 1 – 4, DAY 29-32**ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**								

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยาCarboplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

☐ พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยาCarboplatin(กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

ขณะให้ยาเวลา.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน

และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำซิง

☐ ให้คำแนะนำเพื่อการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ หลากๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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 ON5-FU.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cisplatin plus 5-FU Regimen for Squamous Cell Esophagus Cancer
(Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2):Cycle.....

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

DAY 0, Day28 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml +KCl 20 mEq +50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day	Day 0 Cycle.... วันที่.....		Day 1 Cycle.... วันที่.....		Day 2 Cycle.... วันที่.....		Day 3 Cycle.... วันที่.....		Day 4 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 ml drip KVO <u>DAY1 - 4</u> 2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <u>DAY 1</u> 3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1-4</u> บริหารยาตามลำดับดังนี้ 1. Cisplatin.....mg (75-80 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u> 2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 <u>DAY 1 - 4</u> **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น**										

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

- 1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนExtravasationจากยา Vincristine,Adriamycin
☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....
2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ
☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป
☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่ชนิดของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation
☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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
☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์
☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก
☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยา ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....
☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....
3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง
- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น
☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ
- การพยาบาล.....
- 5.ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจระบุ.....
ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin plus 5-FU Regimen for Squamous Cell Esophagus Cancer

(Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2 และใช้แทน Cisplatin กรณีที่ GFR < 60 mL/min):Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle.... วันที่.....		DAY 2 Cycle.... วันที่.....		DAY 3 Cycle..... วันที่.....		DAY 4 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml drip KVO DAY1 – 4								
2Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-4								
บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Carboplatinmg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY1								
2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 – 4 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**								

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยาCarboplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

☐ พ้องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยาCarboplatin(กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 220-250 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่ไหล

ขณะให้ยาเวลา.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน

และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำขิง

☐ ให้คำแนะนำเพื่อลดการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ หลากๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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 ON5-FU..... .Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cisplatin plus 5-FU Regimen for Squamous Cell Esophagus Cancer
(Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2): Cycle.....

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

DAY 0, Day28 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml +KCl 20 mEq +50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day	Day 0 Cycle.... วันที่.....		Day 1 Cycle.... วันที่.....		Day 2 Cycle.... วันที่.....		Day 3 Cycle.... วันที่.....		Day 4 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 ml drip KVO <u>DAY1 - 4</u> 2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <u>DAY 1</u> 3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1-4</u> บริหารยาตามลำดับดังนี้ 1. Cisplatin.....mg (75-80 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u> 2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 <u>DAY 1 - 4</u> **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น**										

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Extravasation จากยา Vincristine, Adriamycin

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

2. การพยาบาล : ☐ วัด VS ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีที่บริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่ชนิดของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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

☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยา ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้อาหาร ☐ 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 ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate.....cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Carboplatin plus 5-FU Regimen for Adenocarcinoma Esophagus Cancer

(Stage IV (AnyN M1) หรือมีโรคกำเริบ ECOG 0-2 และใช้แทน Cisplatin กรณีที่ GFR < 60 mL/min):Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle.... วันที่.....		DAY 2 Cycle.... วันที่.....		DAY 3 Cycle..... วันที่.....		DAY 4 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy								
1. NSS 100 ml drip KVO DAY1 – 4								
2Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-4								
บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Carboplatinmg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY1								
2. 5-FU..... mg (750-1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 – 4 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**								

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยา Carboplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

☐ พ้องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Carboplatin (กรณีมี NSS บรรจุอยู่ในสาย IV ให้ปล่อย NSS เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 220-250 cc/hr : volumn =จำนวนยาที่ไหล

ขณะให้ยาเวลา.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน

และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำขิง

☐ ให้คำแนะนำเพื่อลดการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ หลากๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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 ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON5-FU..... .Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุนการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Cisplatin plus 5-FU Regimen for Cholangiocarcinoma

Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้/ Metastasis Cholangiocarcinoma: Cycle.....

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

DAY 0, Day28 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml +KCl 20 mEq +50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day	Day 0 Cycle.... วันที่.....		Day 1 Cycle.... วันที่.....		Day 2 Cycle.... วันที่.....		Day 3 Cycle.... วันที่.....		Day 4 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 ml drip KVO <u>DAY1 - 4</u> 2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <u>DAY 1</u> 3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1-4</u> บริหารยาตามลำดับดังนี้ 1. Cisplatin.....mg (70-100 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u> 2. 5-FU..... mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 <u>DAY 1 - 4</u> **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้หาก Leak ประคบเย็น**										

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา
ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

- 1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนExtravasationจากยา Vincristine,Adriamycin
☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....
2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ
☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป
☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่ชนิดของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation
☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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
☐ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์
☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก
☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยา ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....
☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....
3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง
- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Carboplatin plus 5-FU Regimen for Cholangiocarcinoma
Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้/Metastasis Cholangiocarcinoma: Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle.... วันที่.....		DAY 2 Cycle.... วันที่.....		DAY 3 Cycle..... วันที่.....		DAY 4 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 ml drip KVO DAY1 – 4								
2Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1-4								
บริหารยาตามลำดับดังนี้ 1. Carboplatinmg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY1								
2. 5-FU..... mg (1000 mg/m ² /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 – 4 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**								

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity จากยาCarboplatin และ Mucositis จากยา 5-FU

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

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป

☐ ปรับอัตราการไหลของยาCarboplatin(กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

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

ขณะให้ยาเวลา.....น BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 : อาจะมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระงับการใช้ไม้ดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำจืด

☐ ให้คำแนะนำเพื่อลดการอักเสบในช่องปาก

1.บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์

2. ถ้าใส่ฟันปลอม แนะนำเรื่องความสะอาด และใส่เฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารเท่านั้น

3.ถ้ามีแผลในปาก แนะนำให้ทานอาหารนิ่มๆ เหลวๆ อย่ารับประทานอาหารที่ร้อนจัด เผ็ดจัด หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว กรูบกรอบ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์

เป็นกรด หรือมีรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่าทุก2ชม

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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 ☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงได้รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON5-FU.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

	DAY 1	
	วันที่	
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>	เวลา	ผู้ให้
1. Tegafur (UFT) (Tegafur 100mg + Uracil 224 mg/capsule(Tegafur = 300 mg/m2/day)X..... pc BID (21day) /..... tabแนะนำให้ผู้ป่วย รับประทานยาเองตั้งแต่DAY 1-28ช่วงที่หายาเคมีบำบัดก็ไม่ต้องหยุดรับประทานยา		
2.Leucovorin (15 mg/tab) (90 mg/m2/day) แบ่งให้-.....-..... pc BID PO DAY 1-28 /..... tab		

บันทึกการพยาบาล

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Capecitabine (Xeloda®) oral Regimen for Breast Cancer (Metastasis): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u> 1.Capecitabine (Xeloda® , 500 mg/tab) (ห้ามหักแบ่งเม็ดยา) (2,000-2,500 mg/ m ² /day)แบ่งให้ BID-.....-..... pc (14 day) /..... tab เริ่มรับประทายา <u>DAY 1</u>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ เสี่ยงต่อการเกิด hand foot syndrome จากXeloda

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยาประคบเย็น

☐ ให้คำแนะนำ

1.การปฏิบัติตัวป้องกันแสง เช่น สวมหมวกหรือเสื้อแขนยาว ทาครีมกันแดด สังเกตอาการมือเท้าบวมแดง ลอกถ้าเป็นมากขึ้นให้แจ้งแพทย์ทราบ

2.ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง

3.บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

-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 ONRate.....cc/hrClampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle....	
	วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u> 1. Megestrol acetate (Megace, 160 mg/tab) 1 tab x (160 mg/day) (ทุกวัน) /..... tab <u>เริ่มรับประทานยา DAY 1</u>		

บันทึกการพยาบาล

[illegible]

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Tamoxifen oral Regimen for Breast Cancer (Early stage): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u> 1. Tamoxifen (20 mg/tab)1 tab.... HS (20 mg/day) (ทุกวัน) /..... tab (จ่ายได้ครั้งละ 90 วัน)		

บันทึกการพยาบาล

[illegible]

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Tamoxifen oral Regimen for Breast Cancer (Metastasis): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle.....	
	วันที่.....	
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u> 1Tamoxifen (20 mg/tab)1 tab.... HS (20 mg/day) (ทุกวัน) /..... tab (จ่ายได้ครั้งละ 90 วัน)	เวลา	ผู้ให้

บันทึกการพยาบาล

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Letrozole oral Regimen for Breast Cancer (Early stage): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle.....	
	วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>		
1. Letrozole (2.5 mg/tab)1 tab...PC เข้า		
(2.5 mg/day) (ทุกวัน) /..... tab		

บันทึกการพยาบาล

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Letrozole oral Regimen for Breast Cancer (Metastasis): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle.....	
	วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u> 1. Letrozole (2.5 mg/tab)1 tab...PC เข้า (2.5 mg/day) (ทุกวัน) /..... tab		

บันทึกการพยาบาล

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
<p>Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u></p> <p>1. TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) (20 mg/cap)</p> <p>BSA \leq 1.25 m² ให้ 80 mg/day : 2-0-2</p> <p>BSA 1.25-1.5 m² ให้ 100 mg/day : 3-0-2</p> <p>BSA \geq 1.5 m² ให้ 120 mg/day : 3-0-3</p> <p>BID-.....-..... pc (21 day) / tab DAY 1</p> <p>เริ่มรับประทานยาวันที่.....</p>		

บันทึกการพยาบาล

This image shows a full page of primary-ruled notebook paper. It features multiple sets of horizontal lines designed to help young learners write neatly. Each set consists of three lines: a solid top line, a dashed middle line, and a dotted bottom line. These sets are repeated down the entire page, providing ample space for handwriting practice. The paper is otherwise blank, with no margins, text, or illustrations.

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) oral plus CisplatinRegimen for Gastric Cancer: Cycle.....

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

DAY 7Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO ₄ 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day	DAY 7		DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 8</u>				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <u>DAY 8</u>				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 8</u>				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>				
1. TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) (20 mg/cap) BSA ≤ 1.25 m ² ให้ 80 mg/day : 2-0-2 BSA 1.25-1.5 m ² ให้ 100 mg/day : 3-0-2 BSA ≥ 1.5 m ² ให้ 120 mg/day : 3-0-3 BID-.....-..... pc (21 day) / tab แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองตั้งแต่Day 1-21				
1. Cisplatin.....mg (60 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 8</u> **ห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose**				

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin :พิษต่อไต , TS-ONE: Mucositisผิวหนังไวต่อแสง มือเท้าบวมแดง ลอก

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ..... ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....

2.การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ให้คำแนะนำ1.การปฏิบัติตัวป้องกันแสง เช่น สวมหมวกหรือเสื้อแขนยาว ทาครีมกันแดด สังเกตอาการมือเท้าบวมแดง ลอกถ้าเป็นมากขึ้นให้แจ้งแพทย์ทราบ

2.ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง

3.บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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 ONRate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย.....HN.....AN.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Docetaxel (Taxotere®) + Carboplatin Regimen for Non-small cell Lung cancer Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	DAY 1 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
3. Ranitidine 1 amp IV push (1 amp) DAY 1		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr DAY 1 **พัก 1 ชั่วโมง**		
2. Carboplatin.....mg(target AUC = 6 , Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY1		

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

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

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

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

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

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel 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 หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำจืด / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง:

-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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

VAC Regimen for Ewing's Sarcoma

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

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....					
	เวลา			ผู้ให้		
Premedication Start 30 min before chemotherapy						
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>						
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1</u>						
บริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Vincristine.....mg (1.5 mg/m ² , Max dose 2 mg) IV slow push tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1** หาก Leak ประคบร้อน**</u>						
2. Doxorubicin (Adriamycin®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 50 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1 ** หาก Leak ประคบเย็น**</u>						
3. Mesnamg (20% ของขนาด Cyclophosphamide) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1</u> ชั่วโมงที่ 0, 4 และ 8 (วันละ 3 ชวด)	Hr 0	Hr 4	Hr 8	Hr 0	Hr 4	Hr 8
4. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (1,200 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u> ** หาก Leak ประคบเย็น**						

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนExtravasationจากยา Vincristine,Adriamycin☐ พรองความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ☐ เลือกเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็นหรืออุ่น ตามแต่ชนิดของยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเกิด Extravasation☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ แนะนำนำปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปากหลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มี แอลกอฮอล์☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ วันนัด ☐ การทานยา ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ การเจาะเลือดตรวจ ☐ อื่นๆ.....☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา.....☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด-Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ใหยา ☐ 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cisplatin and Gemcitabine Day 1, 8 Regimen for Cholangiocarcinoma
(Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis): Cycle.....

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

Medication	Day 0 Cycle.... วันที่.....		Day 1 Cycle.... วันที่.....		Day 8 Cycle.... วันที่.....	
	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 chemotherapy						
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8						
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, 8						
บริหารยาตามลำดับดังนี้						
1. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1						
2. Gemcitabine.....mg (1,000 – 1,250 mg/m ² /day) in NSS 100 ml IV drip in 45 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1, 8 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**						

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลืนปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือ พยาบาล ทันที หรือไปพบ ไกลบ้าน

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจาง หลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น 7.

☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของ HM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยา Dexta ☐ การฉีดยา Neuprogen

☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2. ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด At.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

- อาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหนื่อย, แขนงอกหรือ BP < 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

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

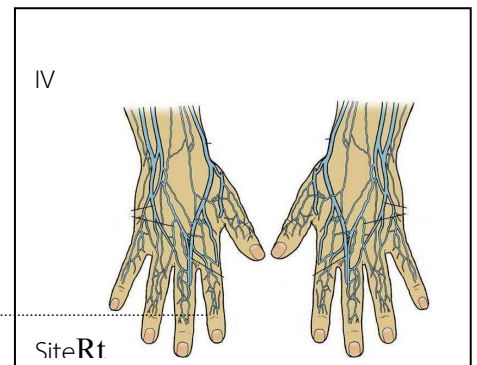
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Cisplatin and Gemcitabine Day 1, 8 Regimen for Cholangiocarcinoma

(Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis): Cycle.....

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

Medication	Day 0 Cycle.... วันที่.....		Day 1 Cycle.... วันที่.....		Day 7 Cycle.... วันที่.....		Day 8 Cycle.... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้		
DAY 0.7 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 chemotherapy								
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1.8								
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 1.8								
บริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Cisplatin.....mg (25 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1.8								
2. Gemcitabine.....mg (1,000 mg/m ² /day) in NSS 100 ml IV drip in 45 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1.8 **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**								

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin :พิษต่อไต , Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ2-3ลิตรต่อวัน ไม่กลั้นปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือ พยาบาล ทันที หรือไปรพ ใกล้บ้าน

☐ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจาง หลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น 7.

☐ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก15-30นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา

☐ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2.ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

- อาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด ,ตื้น ,เหนียว ,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

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

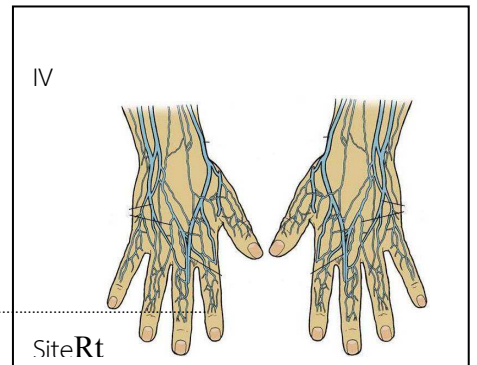
☐รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ส่งกลับwardเวลา.....น

☐รับยาไม่ครบON.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

GemOx Regimen for Advanced Cholangiocarcinoma cancer(Advancedผ่าตัดไม่ได้/Metastasis ECOG 1-2): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1วันที่.....		DAY 2วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>				
2. D5W 100 ml IV drip KVO <u>DAY 2 **</u>				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1,2</u>				
4. 5. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push DAY 2				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับดังนี้</u>				
1. Gemcitabinemg (1,000 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 45 min tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u> **หาก Leak ประคบเย็น**				
2. Oxaliplatin.....mg (100 mg/m ² /day) in D5W 500 ml IV drip in 4 hrs tubing flush with D5W 10 ml <u>DAY 2</u> **ใช้ D5W Flush สายก่อนให้ยา Oxaliplatin** หาก Leak ประคบร้อน**				
หมายเหตุ ห้ามใช้ NSS Flush สายก่อนให้ยา Oxaliplatin เนื่องจาก Oxaliplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Chloride				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Oxaliplatin: Hypersensitivity ปวด ชา เมื่อสัมผัสของเย็น, คลื่นไส้ อาเจียน

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Oxaliplatin rate 20cc/hr : volumn 5cc --> rate 40cc/hr: volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc --> rate 160cc/hr :

volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ วัด V/S ประเมินอาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น , เหนื่อย, แขนงหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้ามีหยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มที่เกิด Hypersensitivity

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิด Extravasation

☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น จดต่อน้ำเย็น จดทานของเย็นๆ ในช่วง 5 วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2. ประเมินอาการระหว่างระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น. วัด BP.....mmHg p...../min R...../mim

-อาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น , เหนื่อย, แขนงหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

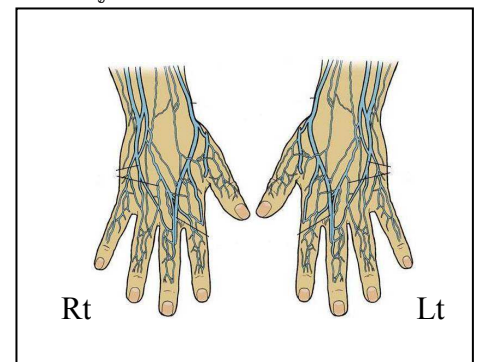
3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

☐ 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



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

S-GemOx Regimen for Cholangiocarcinoma cancer (Advanced ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ / Metastasis ECOG 0): Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....หอผู้ป่วย..... HN.....

Medication	DAY 1วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy		
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1 ก่อนให้ Gemcitabine		
2. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1 **ก่อนให้ Oxaliplatin		
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Gemcitabinemg (1,000 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 45 min tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 **หาก Leak ประคบเย็น**		
2. Oxaliplatin.....mg (100 mg/m ² /day) in D5W 500 ml IV drip in 4 hrs tubing flush with D5W 10 ml DAY 1 ***ใช้ D5W Flush สายก่อนให้ยา Oxaliplatin****หาก Leak ประคบร้อน**		
หมายเหตุ ห้ามใช้ NSS Flush สายก่อนให้ยา Oxaliplatin เนื่องจาก Oxaliplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Chloride		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Oxaliplatin: Hypersensitivityปวด ชา เมื่อสัมผัสของเย็น, คลื่นไส้ อาเจียน

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine:คลื่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยาOxaliplatin rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 160cc/hr : volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ วัด V/S ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด ,ตื้น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHgระหว่างให้ยา ถ้ามีหยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มที่เกิดHypersensitivity

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation

☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น จดตื้นน้ำเย็น จดทานของเย็นๆในช่วง5วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2.ประเมินอาการระหว่างระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

-อาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด ,ตื้น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

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

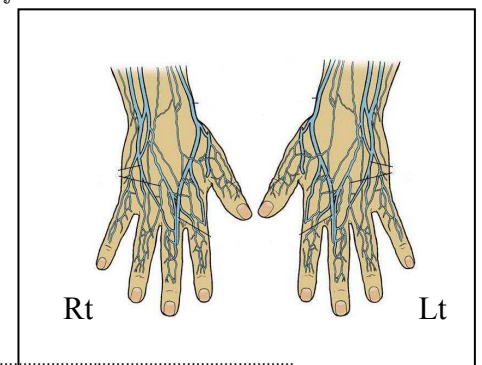
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบON.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cyclophosphamide and Docetaxel plus Herceptin Regimen for Breast Cancer
Adjuvant (ทุกสิทธิ์) / Mastastasis (ยกเว้น UC, ปกส) ไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ward..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Ranitidine 1 amp IV push		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin).....mg (8 mg/kg; Max dose ≤ 560 mg) in NSS 250 m IV drip in 1.5 hrs DAY 1 ฉีดยา วันที่.....(Cycle 1) หรือ <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin)..... mg (6 mg/kg; Max dose ≤ 420 mg in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs DAY 1 ฉีดยา วันที่.....(Cycle 2-18) ***ห้ามใช้ D5W Flushสาย*** (Herceptin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose)***หาก Leak ประคบเย็น***		
2. Cyclophosphamide (Endoxan®)mg (600 mg/m ²) in NSS 100 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS 10 ml (Cycle1-6) ***หาก Leak ประคบเย็น***		
3. Docetaxel (Taxotere®).....mg (75 mg/m ²) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr (Cycle1-6)***หาก Leak ประคบร้อน***		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivityจากยา Docetaxel

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivityจากยา Trastuzumab (Herceptin®)

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxelดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc

-->rate 160cc/hr : volumn 40cc-->rate200-250cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ วัด V/S ทุก 15min x 4 ครั้ง ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHgระหว่างให้ยาถ้าพบอาการหยุดให้ยา
และรายงานแพทย์

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Trastuzumabดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80- 90 cc/hr : volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยาถ้ามีหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ให้คำแนะนำ : ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด/ หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิงวันปากด้วยน้ำอุ่นๆ
หรือน้ำเกลือจากหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2. ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

-อาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

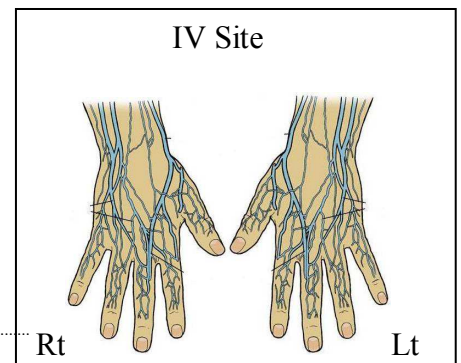
3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

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

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel and Herceptin Regimen for Breast Cancer Adjuvant (ทุกสิทธิ์) / Mastastasis (ยกเว้น UC, ปกส):Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ward..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Ranitidine 1 amp IV push		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
5. Diphenhydramine (Benadryl®) 2 tab stat		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin®).....mg (8 mg/kg; Max dose ≤ 560 mg) in NSS 250 m IV drip in 1.5 hrs DAY 1 ฉีดยาวันที่.....(Cycle 1) หรือ <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (6 mg/kg; Max dose ≤ 420 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs DAY 1 ฉีดยา วันที่.....(Cycle 2-18) ***ห้ามใช้ D5W Flushสาย*** (Herceptin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose)***หาก Leak ประคบเย็น***		
2. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (175 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 (Cycle1-4) ***หาก Leak ประคบร้อน***		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivityจากยา Trastuzumab (Herceptin®)

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Paclitaxelดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 160cc/hr : volumn 40cc-->rate220cc/hr volumn 100 cc -->rate300-350cc/hr =จำนวนยาที่เหลือ

☐ วัด V/S ทุก 15min x 4 ครั้ง ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHgระหว่างให้ยาถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Trastuzumabดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80- 90 cc/hr :volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยาถ้ามีหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ให้คำแนะนำ : ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด/ หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิงขาน้ำปูนใสด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือจากหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2.ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

-อาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

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

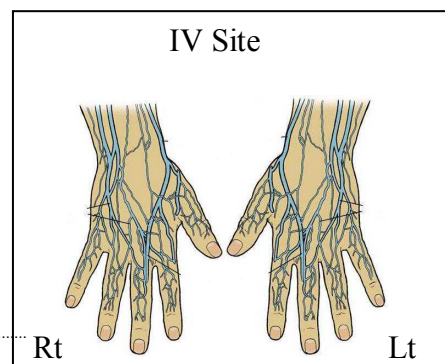
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบON.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Trastuzumab (Herceptin) and Docetaxel (Taxotere) Regimen for Breast Cancer

Adjuvant (ทุกสิทธิ์) / Mastastasis (ยกเว้น UC, ปกส) ไม่สามารถใช้ยา Paclitaxel ได้: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ward..... HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min		
3. Ranitidine 1 amp IV push		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin®).....mg (8 mg/kg; Max dose ≤ 560 mg) in NSS 250 m IV drip in 1.5 hrs DAY 1 ฉีดยาวันที่.....(Cycle 1) หรือ <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (6 mg/kg; Max dose ≤ 420 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1.5 hrs DAY 1 ฉีดยาวันที่.....(Cycle 2-18) **ห้ามใช้ D5W Flushสาย** (Herceptin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose) **หาก Leak ประคบเย็น**		
2. Docetaxel (Taxotere®).....mg (100 mg/m2) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 **ยาหลังผสมอยู่ได้ 4 ชั่วโมง****หาก Leak ประคบร้อน***		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivityจากยา Docetaxel

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivityจากยา Trastuzumab (Herceptin®)

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก□อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ□ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxelดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate 160cc/hr : volumn 40cc-->rate200-250cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ วัด V/S ทุก 15min x 4 ครั้ง ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ปรับอัตราการไหลของยา Trastuzumabดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80- 90 cc/hr :volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยาถ้ามีหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ให้คำแนะนำ : ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด/ หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำจืดวันปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง□ วันนัด □การทานยาDexa □การฉีดยาNeuprogen

☐อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2.ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

-อาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย, แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด□ เกิด/ระบุ.....

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

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

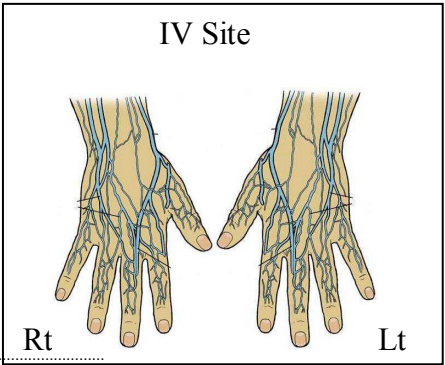
3. ประเมินอาการหลังรับเคมีบำบัด ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP= mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

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

☐ รับยาไม่ครบON.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

5. อื่นๆ.....



ผู้บันทึก.....

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Pertuzumab, Trastuzumab (Herceptin) and Docetaxel (Taxotere) Regimen for Breast Cancer: Cycle.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ward..... HN.....

	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy		
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1</u>		
3. Ranitidine 1 amp IV push <u>DAY 1</u>		
4. Chlorpheniramine (CPM) 1 amp IV push <u>DAY 1</u>		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. <input type="checkbox"/> Pertuzumab 840 mg in NSS 250 ml Loading Dose IV drip in 1 hr (เฉพาะCycle 1 เท่านั้น) <u>DAY 1</u> *** Observe 1 hour post-infusion*** หรือ <input type="checkbox"/> Pertuzumab 420 mg in NSS 250 ml IV drip in 1 hr <u>DAY 1</u>		
2. <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin®).....mg (8 mg/kg) LD in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs (Cycle 1 only) <u>DAY 1</u> หรือ <input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin®)..... mg (6 mg/kg) MD in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <u>DAY 1</u> ***ห้ามใช้ D5W Flushสาย*** (Herceptin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose)		
2. Docetaxel (Taxotere®).....mg (100 mg/m2) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u> ***หาก Leak ประคบร้อน***		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivityจากยา Docetaxel

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนHypersensitivityจากยา Trastuzumab (Herceptin[®]) หรือ Pertuzumab

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการ ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

□ ปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel ดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc --> rate 40cc/hr: volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc

-->rate 160cc/hr : volumn 40cc-->rate200-250cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ วัด V/S ทก 15min x 4 ครั้ง ประเมินอาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหงื่อ, แน่นหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

□ ปรับอัตราการไหลของยา Trastuzumabดังนี้ rate 20cc/hr : volumn 5cc -->rate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80- 90 cc/hr :volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ ประเมินอาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหงื่อ, แน่นหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg ระหว่างให้ยาถ้ามีหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ให้คำแนะนำ : ถ้ามีกลิ่นได้ อาเจียนให้ทานอาหารซ้ำๆ เคี้ยวให้ละเอียด/ หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำจืดบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ

หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

□อื่นๆ.....

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

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

2. ประเมินอาการระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

At.....น.วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

-อาการหน้าแดง, มีผื่น, หายใจขัด, ตื่น, เหงื่อ, แขนงหน้าอกหรือ BP < 90/60 mmHg

☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....

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

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

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

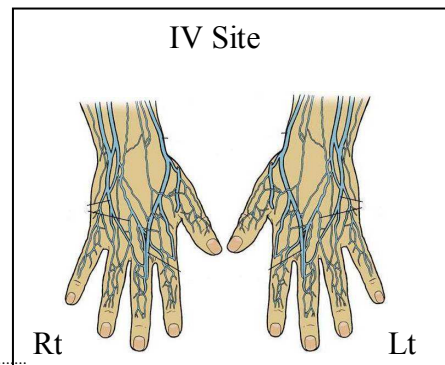
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

□. รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

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

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

TS-one oral and Oxaliplatin regimen for Colorectal Cancer (Locally, advanced, metastasis): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in D5W 50 ml IV drip in 30 min DAY 1		
3. Chlorpheniramine(CPM) 1 amp IV push DAY 1		
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) (20 mg/cap) BSA ≤ 1.25 m ² ให้ 80 mg/day : 2-0-2 BSA 1.25-1.5 m ² ให้ 100 mg/day : 3-0-2 BSA ≥ 1.5 m ² ให้ 120 mg/day : 3-0-3 BID-..... pc (14 day) / tab DAY 1		
2. Oxaliplatin (Eloxatin®)mg (130 mg/m ²) in D5W 500 ml IV drip in 4 hrs tubing flush with NSS 10 ml DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา.....

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที ผล lab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Oxaliplatin : HSRs

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

2.การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการก่อนรับยา ☐ ให้ Pre medication ก่อน 30 นาที บริหารยาตามเวลา

☐ ปรับอัตราการไหลของยา Oxaliplatin และวัด V/S ทุก 15 นาที (กรณี D5W/5W บรรจุอยู่ในสาย IV ให้ปล่อย D5W เข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)

1. ปรับ rate 40 /hr : volume 10 cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../min

2. ปรับ rate 80cc/hr: volume 20cc --> เวลา.....น วัด BP.....mmHg p...../min R...../min

3. ปรับ rate 160 – 180 cc/hr:=จำนวนยาที่เหลือจนหมด

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิด Hypersensitivity

- 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

☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา Oxaliplatin ประคบอุ่น

☐ แนะนำผู้ป่วย : หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น จดต่อน้ำเย็น จดทานของเย็นๆ ในช่วง 5 วันแรกหลังให้ยา Oxaliplatin / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ให้ข้อมูลและทบทวนซ้ำเรื่อง..... ☐ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ☐ วันนัด ☐ การฉีดยา Neupogen ☐ การเจาะเลือด ☐ อื่นๆ.....

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง:

-Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

-Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยา ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

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

หลังรับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที วัด BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที

4.ผลลัพธ์

☐ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง

☐ รับยาครบ ☐ D/C กลับบ้าน เวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON..... Rate..... cc/hr

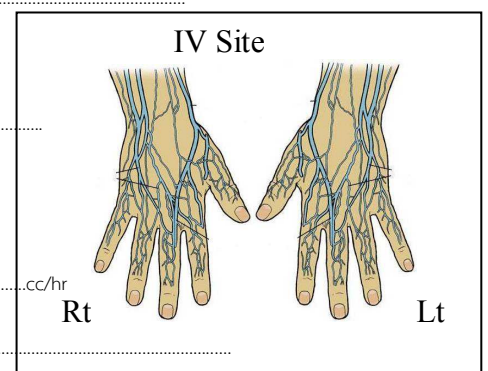
Clamp ยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

5.ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ทวนซ้ำสามารถตอบได้ ☐ ไม่เข้าใจ ระบุ.....

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

TS-one oral and Irinotecan regimen for regimen for Colorectal Cancer (Locally, advanced, metastasis): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	DAY 1		DAY 15	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1,15				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in D5W 50 ml IV drip in 30 min DAY 1,15				
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) (20 mg/cap) BSA ≤ 1.25 m ² ให้ 80 mg/day : 2-0-2 BSA 1.25-1.5 m ² ให้ 100 mg/day : 3-0-2 BSA ≥ 1.5 m ² ให้ 120 mg/day : 3-0-3 BID pc (14 day) / tab DAY 1				
2. Irinotecanmg (150 mg/m ²) in D5W 250 mlIV drip in 1.5 hrs tubing flush with D5W 10 ml DAY 1,15				

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

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

ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากIrinotecan: Diarrhea (จะเกิดอาการระหว่างและภายใน 8 ชมหลังให้ยา)

☐ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิดกกังวลเรื่อง.....

☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ เลือกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้ยามากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที

☐ วัด V/S ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทิละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้ทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

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..... Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

TS-one oral and Carboplatin regimen for Non-small Cell lung (Advanced, metastasis): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1</u>		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1</u>		
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. TS-ONE® (Tegafur and Gimeracil) (20 mg/cap) BSA ≤ 1.25 m ² ให้ 80 mg/day : 2-0-2 BSA 1.25-1.5 m ² ให้ 100 mg/day : 3-0-2 BSA ≥ 1.5 m ² ให้ 120 mg/day : 3-0-3 BID-.....-..... pc (14 day) / tab <u>DAY 1</u>		
2. Carboplatinmg (AUC 5) ; Maximum total dose 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1</u>		

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

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

ผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Carboplatin : Hypersensitivity และThrombocytopenia

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ อธิบายอาการแทรกซ้อนจากยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ☐ วัดV/S ประเมินอาการ

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ บริหารยาCarboplatin ปรับrate 40cc/hr:volumn 10cc--> rate 80cc/hr : volumn 20cc -->rate200-250cc/hr volumn=จำนวนยาที่เหลือ

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำซิง

บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ observe / ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยารั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Cetuximab and FOLFIRI Regimen for Colorectal cancer (Metastasis): Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 2	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. D5W 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 2				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in D5W 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 2				
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix [®]).....mg (400 mg/m ²) Loading dose in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml (เฉพาะCycle 1เท่านั้น) DAY 1หรือ <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix [®]).....mg (500 mg/m ²) Maintenance dose in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs tubing flush with NSS 10 ml (Cycle 2-12) DAY 1				
2. Irinotecan.....mg (180 mg/ m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hrs tubing flush with D5W 10 ml DAY 1 ให้พร้อมกับยา Leucovorin ในวันแรก - ให้ Atropine 0.25 mg SC - Loperamide 2 Tab Stat หลังให้ Irinotecan ทุกครั้ง		
3 Leucovorin.....mg (400 mg/m ²) in D5W 250 ml IV drip in 1.5 hr tubing flush with D5W 10 ml DAY 1				
4.5-FU.....mg (400 mg/m ²) in D5W 50 ml IVdrip in 15 min tubing flush with D5W 10 ml DAY 1				
5. 5-FU.....mg (1,200 mg/m ²) in D5W 1,000 ml IV drip in 24 hr tubing flush with D5W 10 ml DAY 1, 2 (Flush with NSS ใน day 2) **ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ทั้งหมดหาก Leak ประคบเย็น**				

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....น.ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1.ปัญหาทางการพยาบาล ::☐เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากIrinotecan: Diarrhea (เกิดอาการระหว่างและภายใน 8 ชมหลังให้ยา) , Hypersensitivityจากยา Cetuximab, 5-FU : Mucositis ☐ พ ร่อง
ความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ วิตกกังวลเรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการ ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

- ☐ เลือกเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป ☐ ตรวจเย็บทุก15นาที
- ☐ ปรับอัตราการไหลของยา Cetuximab และวัดV/Sทุก 15 นาที (กรณีมีNSSบรรจุอยู่ในสายIV ให้ปล่อยNSSเข้าไปจำนวน 15 CC จึงเริ่มต้นปรับยาตามแผน ทุก 15 นาที)
- ปรับ rate 40 /hr : volumn 10 cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
 - ปรับ rate 80cc/hr:volumn 20cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
 - ปรับ rate 160 cc/hr:volumn 40cc --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim
 - ปรับ rate 250 – 300 cc/hr:=จำนวนยาที่เหลือจนท --> เวลา.....น วัดBP.....mmHg p...../min R...../mim

☐ observe / ตรวจเย็บทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ วัด V/S ประเมินอาการหน้าแดง,ผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้าพบอาการหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น ☐ ดูแลให้ยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์

☐ แนะนำให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ทึลน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงนมสดและอาหารที่มีกากใยมาก เช่นผัก และผลไม้ ให้อาหารยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

☐ บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรกและรายที่มีปัญหา

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง:

-Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

- Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่ให้อา ☐ 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุการพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Capecitabine/Cisplatin Regimen for Adjuvant therapy Gastric cancer

(ภายหลังการผ่าตัด D2 Resection กรณี T1-2 N0 M0 ไม่จำเป็นต้องได้รับ Adjuvant therapy): Cycle.....

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

Medication	Day 0 Cycle.....		Day 1 Cycle.....	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	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 + Vitamin B12 IM				
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY 1				
3. Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1				
Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับดังนี้				
1. Cisplatin.....mg (75 mg/m ² /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1 ** หาก Leak ประคบเย็น**				
2. Capecitabine (Xeloda, 500 mg/tab) (2,000 mg/ m2/day) แบ่งให้ BID-.....-..... pc (14 day) /..... tab DAY 1				

บันทึกทางการพยาบาล

รับจาก.....วันที่.....เวลา.....ประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาทีผลlab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

1. ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Capcitabine : ผิวหนังลอก แผลในปาก, เกิดพิษต่อไต จากยา Cisplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารายครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ อธิบายอาการแทรกซ้อนจากยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ☐ วัดV/S ประเมินอาการ

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำซิงบ้านปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ observe / ตรวจเย็บทุก 15 นาที หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยารายครั้งแรกและเมื่อมีปัญห

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen ☐ อื่นๆ.....

3. ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง

- Hypersensitivity : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

-Extravasation: ปวด บวม แดง บริเวณที่หย่า ☐ 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..... Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ

การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel (Day 1, 8, 15, 22) Regimen for Metastasis Gastric cancer

กรณีโรคกำเริบภายใน 6 เดือนหลังรับยาสูตรแรก (Second line):Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	DAY1		DAY8		DAY15		DAY22	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1,8,15,22								
2.Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1,8,15,22								
3. Diphenhydramine (Benadryl®) 2 tab stat DAY 1,8,15,22								
4. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1,8,15,22								
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (80 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrtubing flush with NSS 10 ml DAY 1,8,15,22								

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา.....

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

1.ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Paclitaxel

☐ พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว ☐ 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 หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 หรือดื่มน้ำจืด / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง:

-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 mlIV drip in 1 hr Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel Regimen for Metastasis Gastric cancer

กรณีโรคกำเริบภายใน 6 เดือนหลังรับยาสูตรแรก (Second line):Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	DAY1	
	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 Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้		
1. Paclitaxel (Intaxel®).....mg (175 mg/m ²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hr tubing flush with NSS 10 ml		
DAY 1		

บันทึกทางการพยาบาลรับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา

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 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 หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 หรือดื่มน้ำจืด / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง:

-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 mlIV drip in 1 hr Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paclitaxel/Carbo (Day 1, 8, 15, 22, 29 ร่วมกับ RT) Regimen for Gastric cancer

(Preoperative Concurrent Chemotherapy, T1b N+/T2-T4 N3, ECOG 0-2 อายุ > 65 ปีขึ้นไป/ไม่สามารถใช้ยาCisplatin ได้): Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy	DAY 1		DAY 8		DAY 15		DAY 22	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO DAY 1, 8, 15, 22								
2.Dexamethasone 12mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 8, 15, 22								
3. Diphenhydramine (Benadryl®) 2 tab stat DAY 1, 8, 15, 22								
4. Ranitidine 1 amp IV push DAY 1, 8, 15, 22								
Chemotherapy Orderบริหารยาตามลำดับดังนี้								
1. Paclitaxel (Intaxel®).....mg 40-50 mg/m ² in NSS 500 ml IV drip in 3 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1, 8, 15, 22								
2. Carboplatin.....mg(target AUC = 2, Maximum total dose ≤ 300 mg) in NSS 100 ml IV drip in 1 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 1, 8, 15, 22								

บันทึกทางการแพทย์รับจาก.....วันที่.....เวลา.....นประเมินผู้ป่วยก่อนรับยา..... 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 ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ 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 หากมีอาการดังต่อไปนี้หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ 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 ผื่นคันลอกเส้นทางให้ยาที่สมบูรณ์

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระงับการใช้ไม้ดัดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพรินและยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำซิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ ส่งดูแลต่อเนื่องในรายที่รับยาครั้งแรกหรือมีปัญหา ☐ อื่นๆ.....

3.ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดประเมินอาการแทรกซ้อนรุนแรง:

-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 mlIV drip in 1 hr Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

☐ เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง ระบุ.....การพยาบาล.....

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

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

