

## Chemotherapy Order Sheet แผนกโรคท่อนทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Regimen	ชื่อ Regimen
1U	CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 1,2
1U1	CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 1,2
1U2	CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA เฉพาะ Day 1,2
2U	CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 1,2
2U1	CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 1,2
2U2	CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA เฉพาะ Day 1,2
3U	Cisplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy
3U1	Cisplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy
3U2	Cisplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA
4U	Carboplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy
4U1	Carboplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy
4U2	Carboplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA
5U	Cisplatin Regimen for Bladder Cancer
6U	Cisplatin plus 5-FU for Regimen for Bladder Cancer
7U	Mitomycin C push 5-FU Regimen for Bladder Cancer
8U	Carboplatin Regimen for Bladder Cancer
9U	BCG Regimen for Bladder Cancer (Induction & Maintenance)
10U	Mitomycin C Regimen for Bladder Cancer (Induction & Maintenance)
11U	Docetaxel (Taxotere <sup>®</sup> ) Regimen for Castration resistant prostate cancer
12U	CMB Regimen for Penile Cancer เฉพาะ Day 1,2
13U	BEP-5 Regimen for Advanced Testicular cancer (Germ cell tumors)
14U	Flutamide for prostate cancer
15U	LHRH agonist with Definite radiotherapy (Intermediate risk of recurrence)
16U	LHRH agonist with Definite radiotherapy (High risk of recurrence)
17U	Ketoconazole and Prednisolone Regimen for Prostate cancer (ADT)

ภาคผนวก

Regimen	ชื่อ Regimen
1U	CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 8
1U1	CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 8
1U2	CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA เฉพาะ Day 8
2U	CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 8
2U1	CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy เฉพาะ Day 8
2U2	CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA เฉพาะ Day 8
12U	CMB Regimen for Penile Cancer เฉพาะ Day 8

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

**CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy: Cycle.....**

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day <b>ฉีดยารวันที่.....</b>	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1, 2, 8</b>				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY2</b>				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 2, 8</b>				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1, 8</b>				
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>				
3. Cisplatin.....mg (70-100 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 500 ml IV drip in 4 hr tubing flush with NSS 10 ml <b>DAY 2</b>				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositisการพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูนัยยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยاب้วนปากที่มีแอลกอฮอล์☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mmHg, RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์ทันที☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

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

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

## CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy: Cycle.....

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day ฉีดยารวันที่.....	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO DAY1, 2, 8				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY2				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY1, 2, 8				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Methotrexate(MTX).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push DAY 1, 8				
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 8				
3. Cisplatin.....mg (70-100 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 500 ml IV drip in 4 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 2				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositisการพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูน้ำยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mmHg, RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์ทันที☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

## การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา..... ประเมิน 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"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ในนอนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	
2	<p>1.ก่อนให้ยา..... ประเมิน 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"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ในนอนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

## CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA: Cycle.....

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day ฉีดยารวันที่.....	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	ผู้ให้	วันที่	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO DAY1, 2, 8				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY2				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY1, 2, 8				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push DAY 1, 8				
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 8				
3. Cisplatin.....mg (70-100 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 500 ml IV drip in 4 hr tubing flush with NSS 10 ml DAY 2				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositisการพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้นยามากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูนัยยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์☐ Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR < 50 หรือ > 100 ครั้ง/นาที, BP < 90/60 หรือ > 140/90 mmHg, RR < 12 หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์ทันที☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

## การประเมินผลการพยาบาล :

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

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy: Cycle.....

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day ฉีดยาวันที่.....	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO DAY1, 2, 8				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY2				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY1, 2, 8				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push DAY 1, 8				
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 8				
3. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum dose ≤750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs DAY 2				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositisการพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้นยามากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูปัญหาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น☐ และประเมินบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก☐ หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

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

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy: Cycle.....

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day ฉีดยาวันที่.....	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1, 2, 8</b>				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY2</b>				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 2, 8</b>				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1, 8</b>				
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>				
3. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum dose ≤750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <b>DAY 2</b>				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositisการพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้นยามากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูปื้นยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก☐ หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

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

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2U2

CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA: Cycle.....

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day ฉีดยาวันที่.....	DAY 1		DAY 2	
	วันที่	เวลา	วันที่	เวลา
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO DAY1, 2, 8				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin DAY2				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY1, 2, 8				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push DAY 1, 8				
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min DAY 1, 8				
3. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum dose ≤750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs DAY 2				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositisการพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้นยามากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูปัญหาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น

และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation

☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก

หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา..... ประเมิน 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"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	
2	<p>1.ก่อนให้ยา..... ประเมิน 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"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	



Cisplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy : Cycle.....

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

Medication	DAY 0 Cycle..... วันที่.....		DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>DAY 1 Prehydration before Cisplatin</b> NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day						
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b> 1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1, 8</b>						
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY 1</b>						
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 8</b>						
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b> 1. Cisplatin.....mg (70 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs <b>DAY 1</b>						
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 100 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>						

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หาวสั้น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รับแจ้ง แพทย์หรือ พยาบาล ทันที หรือไปรพ ใกล้บ้าน☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น 7.☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา☐ 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 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 &lt; 90/60 mmHg

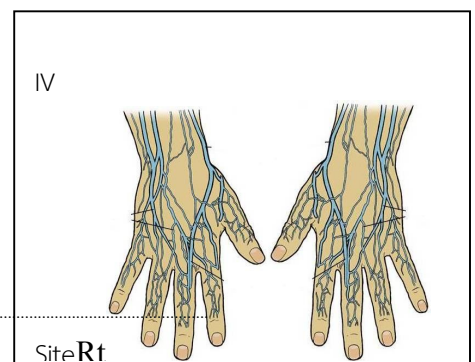
☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ..... ☐ อื่นๆ.....

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.....น4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



Cisplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy: Cycle.....

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

Medication	DAY 0 Cycle..... วันที่.....		DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>DAY 1 Prehydration before Cisplatin</b> NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day						
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b> 1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1, 8</b>						
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY 1</b>						
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 8</b>						
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b> 1. Cisplatin.....mg (70 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs <b>DAY 1</b>						
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 100 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>						

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้ หาวสั้น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือ พยาบาล ทันที หรือไปรพ ใกล้เคียง☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น 7.☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา☐ 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 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 &lt; 90/60 mmHg

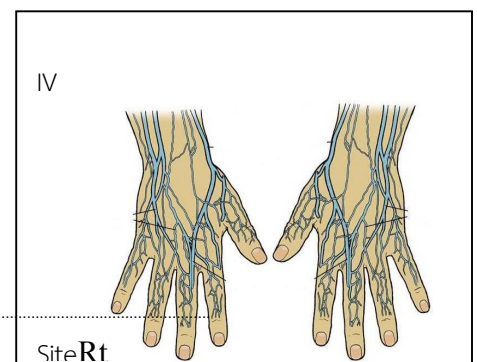
☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ..... ☐ อื่นๆ.....

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.....น4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



Cisplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA :Cycle.....

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

Medication	DAY 0 Cycle..... วันที่.....		DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>DAY 1 Prehydration before Cisplatin</b> NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day						
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b> 1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1, 8</b>						
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY 1</b>						
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 8</b>						
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b> 1. Cisplatin.....mg (70 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 250 ml IV drip in 2 hrs <b>DAY 1</b>						
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 100 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>						

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาตามลำดับ☐ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้วปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับไข้ หาวสั้น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือ พยาบาล ทันที หรือไปรพ ใกล้บ้าน☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง☐ ประเมิน IV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น 7.☐ ขณะให้ยาประเมินผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแทรกซ้อนระหว่างให้ยา☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา☐ 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 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 &lt; 90/60 mmHg

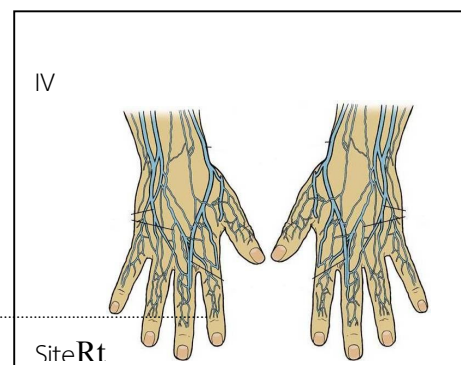
☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- อาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ.....- คลื่นไส้ อาเจียน ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด/ระบุ..... ☐ อื่นๆ.....

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.....น4. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ /ระบุ.....

5. อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



Carboplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy :Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 cc IV drip KVO <u>DAY1, 8</u>				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY1, 8</u>				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับ</u>				
1. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <u>DAY 1</u>				
การปรับ Rate ยา Carboplatin ขณะให้ยา Carboplatin record V/S ทุก 15 min x 2, then ทุก 1 hr จนยาหมด หากมีอาการ ใบหน้าแดง, มีผื่น, แน่นหน้าอก, หายใจลำบาก หรือ BP < 90/60 mmHg ให้รีบหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์ 1.ปรับ Rate 40/hr Limit 10 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min 2.ปรับ Rate 80/hr Limit 20 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min 3.ปรับ Rate 200/hr At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min				
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 100 ml IV drip in 45 min <u>DAY 1, 8</u>				

หมายเหตุห้ามใช้ D5W Flush สายเนื่องจาก Cisplatin ไม่เข้ากับสารละลายที่มี Dextrose

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Cisplatin : พิษต่อไต , Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ ประเมินอาการและอาการแสดงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัด ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาตามลำดับ

☐ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน ไม่กลั้นปัสสาวะ สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับไข้ หาวสั้น ปัสสาวะมีเลือดปน ให้รีบแจ้ง แพทย์หรือ พยาบาล ทันที หรือไปพบ ไกล่บ้าน

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิง บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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...../min

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

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

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

- 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

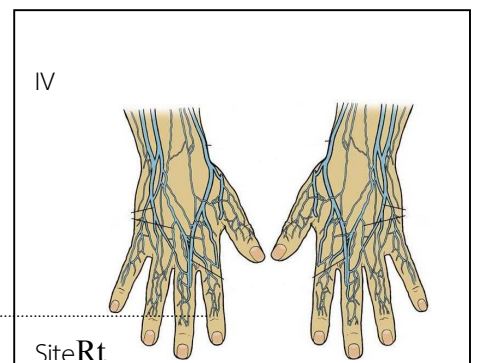
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับ ward เวลา.....น

☐ 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  
Carboplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy: Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy				
1. NSS 100 cc IV drip KVO <u>DAY1, 8</u>				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY1, 8</u>				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับ</u>				
1. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <u>DAY 1</u>				
<p><u>การปรับ Rate ยา Carboplatin</u> ขณะให้ยา Carboplatin record V/S ทุก 15 min x 2, then ทุก 1 hr จนยาหมด</p> <p>หากมีอาการ ใบหน้าแดง, มีผื่น, แน่นหน้าอก, หายใจลำบาก หรือ BP &lt; 90/60 mmHg ให้รีบหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์</p> <p>1.ปรับ Rate 40/hr Limit 10 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min</p> <p>2.ปรับ Rate 80/hr Limit 20 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min</p> <p>3.ปรับ Rate 200/hr At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min</p>				
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 100 ml IV drip in 45 min <u>DAY 1, 8</u>				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา Gemcitabine: ครั่นเนื้อ ครั่นตัว คล้ายไข้หวัดใหญ่

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity และ Thrombocytopenia จาก Carboplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีที่บริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ 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 Dexa ☐ การฉีดยา Neuprogen

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 ให้อนพัก 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 ให้อนพัก 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>	

Carboplatin plus Gemcitabine (CG) for Regimen Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA:Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1, 8</b>				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 8</b>				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum total dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <b>DAY 1</b>				
การปรับ Rate ยา Carboplatin ขณะให้ยา Carboplatin record V/S ทุก 15 min x 2, then ทุก 1 hr จนยาหมด หากมีอาการ ใบหน้าแดง, มีผื่น, แน่นหน้าอก, หายใจลำบาก หรือ BP < 90/60 mmHg ให้รีบหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์ 1.ปรับ Rate 40/hr Limit 10 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min 2.ปรับ Rate 80/hr Limit 20 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min 3.ปรับ Rate 200/hr At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min				
2. Gemcitabine.....mg (1000 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 100 ml IV drip in 45 min <b>DAY 1, 8</b>				

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 ให้ระวังการใช้เข็มหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน และยาแก้ปวดข้อต่างๆ

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของ HM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยา Dexa ☐ การฉีดยา Neuprogen

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

Cisplatin Regimen for Bladder Cancer:Cycle.....

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

Medication	DAY 0 Cycle..... วันที่.....		DAY 1 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>DAY 0 Prehydration before Cisplatin</b> NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day				
<b>Premedication</b> <b>Start 30 min before chemotherapy</b> 1. NSS 100 ml drip KVO <b>DAY 1</b>				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY 1</b>				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1</b>				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b> 1. Cisplatin.....mg (70-100 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml <b>DAY 1</b>				

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  
ผมร่วง ผื่น ผิวหนังลอก เกิดพิศต่อไต , เกิดพิศต่อไต จากยา Cisplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ อธิบายอาการแทรกซ้อนจากยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ☐ วัดV/S ประเมินอาการ

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิงข่าอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวมแดงหรือไม่ 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

**Cisplatin plus 5-FU for Regimen for Bladder Cancer:Cycle.....**

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

Medication	DAY 0 Cycle..... วันที่.....		DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 2 Cycle..... วันที่.....		DAY 3 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>DAY 0 Prehydration before Cisplatin</b> NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day								
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b> 1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY 1-3</b>								
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY 1</b>								
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1-3</b>								
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b> 1. Cisplatin.....mg (15 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml <b>DAY</b> <b>1-3</b>								
2. 5-FU..... mg (400 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr tubing flush with NSS 10 ml <b>DAY 1</b> <b>- 3</b>								

**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 ความรู้สึกรับสเปลี่ยน อาการชา  
ผมร่วง ผื่น ผื่นหนังลอก เกิดพิศต่อไต , เกิดพิศต่อไต จากยา Cisplatin

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

2. การพยาบาล : ☐ อธิบายอาการแทรกซ้อนจากยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ☐ วัดV/S ประเมินอาการ

☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาทีบริหารยาเคมีบำบัดตามลำดับ

☐ ให้คำแนะนำ ถ้ามีคลื่นไส้อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือดื่มน้ำขิงขาน้ำปูนใสด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร 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 กรณีรับยาครั้งแรกและเมื่อมีปัญหา

☐ 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



ตรงตาม Protocol

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

**Mitomycin C push 5-FU Regimen for Bladder Cancer:**Cycle.....

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

Medication	DAY 1 Cycle..... วันที่.....		DAY 2 Cycle..... วันที่.....		DAY 3 Cycle..... วันที่.....		DAY 4 Cycle..... วันที่.....		DAY 5 Cycle..... วันที่.....		DAY 22 Cycle..... วันที่.....		DAY 23 Cycle..... วันที่.....		DAY 24 Cycle..... วันที่.....		DAY 25 Cycle..... วันที่.....		DAY 26 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 ml drip KVO <u>DAY 1-5 และ DAY 22-26</u>																				
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1-5 และ DAY 22-26</u>																				
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับ</u>																				
1. Mitomycin - C..... mg ( $12 \text{ mg/m}^2$ ) in NSS 100 ml IV drip in 30 min tubing flush with NSS10 ml <u>DAY 1</u>																				
2. 5-FU.....mg ( $500 \text{ mg/m}^2/\text{day}$ ) in NSS 1,000 ml IV drip in 24 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 1 - 5 และ DAY 22-26</u>																				

บันทึกการพยาบาล.....

.....

.....

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2U2

Carboplatin Regimen for Bladder Cancer:Cycle.....

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

Medication	DAY 1		DAY 8		DAY 15		DAY 22		DAY 29		DAY 36	
	Cycle.....		Cycle.....		Cycle.....		Cycle.....		Cycle.....		Cycle.....	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Premedication Start 30 min before chemotherapy												
1. NSS 100 ml IV drip KVO <u>DAY 1, 8, 15, 22, 29, 36</u>												
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1, 8, 15, 22, 29, 36</u>												
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับ</u>												
1. Carboplatin .....mg (target AUC = 2, Maximum total dose ≤ 300 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <u>DAY 1, 8, 15, 22, 29, 36</u>												

การปรับ Rate ยา Carboplatin ขณะให้ยา Carboplatin record V/S ทุก 15 min x 2, then ทุก 1 hr จนยาหมด

หากมีอาการ ใบหน้าแดง,มีผื่น,แน่นหน้าอก,หายใจลำบาก หรือ BP < 90/60 mmHg ให้รีบหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

1.ปรับ Rate 40/hr Limit 10 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min

2.ปรับ Rate 80/hr Limit 20 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min

3.ปรับ Rate 200/hr At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min

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

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

☐ เลือกเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์ ☐ 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 ลอกเส้นแทงให้ยาที่สมบูรณ์

☐ แนะนำผู้ป่วย : อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ให้ระวังการใช้มีดหรือของมีคมอื่นๆ ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม อย่าซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะยาแอสไพริน และยาแก้ปวดข้อต่างๆ / ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำขิง

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

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 ON5-FU.....Rate.....cc/hr Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่งผู้ป่วยกลับเวลา.....น

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

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

ผู้บันทึก..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

**Mitomycin C Regimen for Bladder Cancer (Induction & Maintenance) :Cycle.....**

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

Medication	DAY..... Cycle..... วันที่.....		DAY..... Cycle..... วันที่.....		DAY..... Cycle..... วันที่.....		DAY..... Cycle..... วันที่.....		DAY..... Cycle..... วันที่.....		DAY..... Cycle..... วันที่.....		DAY..... Cycle..... วันที่.....		DAY..... Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
Chemotherapy Order																
<input type="checkbox"/> For Induction สูตร CBdC52A (repeat every 7 days x 6-8 Cycle) Mitomycin - C..... mg (20-40 mg/m <sup>2</sup> ) intravesical <u>DAY 1</u>																
<input type="checkbox"/> For Maintenance สูตร CBdC52B (repeat every 90 days x 4 Cycle) Mitomycin - C..... mg (20-40 mg/m <sup>2</sup> ) intravesical <u>DAY 1</u>																

บันทึกการพยาบาล.....

.....

.....

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์  
**Docetaxel (Taxotere®) Regimen for Castration resistant prostate cancer Cycle.....**

ตาม Protocol (ยา ๑.2)

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

Medication Premedication Start 30 min before chemotherapy	วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
1. NSS 100 ml IV drip KVO <b>DAY 1</b>		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1</b>		
3. Ranitidine 1 amp IV push <b>DAY 1</b>		
<b>บริหารยาตามลำดับดังนี้</b>		
1. Docetaxel (Taxotere®).....mg (60-75 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml <b>DAY 1** หาก Leak ประคบเย็น **</b>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypersensitivity จากยา Docetaxel

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ บริหารยาตามลำดับปรับอัตราการไหลของยา Docetaxel ดังนี้ Rate 20cc/hr -> volumn 5cc ,40cc/hr -> volumn 10cc  
80cc/hr -> volumn 20cc , 160cc/hr -> volumn 40cc , 200-250cc/hr ->volumn=จำนวนยาที่เหลือ วัดV/S ทุก  
15min x 4 ครั้ง ประเมินอาการหน้าแดง,มีผื่น,หายใจขัด, ตื่น ,เหนื่อย,แน่นหน้าอกหรือ BP< 90/60 mmHg ระหว่างให้ยา ถ้ามีหยุด  
ให้ยาและรายงานแพทย์

☐ ประเมินIV Site ว่ามีอาการบวม แดงหรือไม่ ถ้ามีหยุดให้ยา ประคบเย็น

☐ ให้คำแนะนำ : ถ้ามีคลื่นไส้ อาเจียนให้ทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือหวานจัด ทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือ  
ดื่มน้ำซิง / บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆหรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหาร หรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรกและรายที่มีปัญหา

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

1. ประเมินอาการก่อนรับยา.....

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

1. ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

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

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

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

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

-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

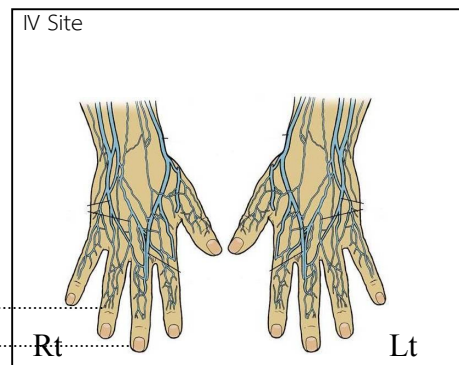
☐ รับยาครบ IV off เวลา.....น ☐ D/C กลับบ้านเวลา.....น ☐ ส่งกลับwardเวลา.....น

☐ รับยาไม่ครบ ON.....Rate.....cc/hr

Clampยาไว้ส่งต่อให้ที่ WARD ส่ง ผู้ป่วยกลับ เวลา.....น

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ เรื่อง..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ระบุ..... ☐ อื่นๆ.....

ผู้บันทึก.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

12U

## CMB Regimen for Penile Cancer : Cycle.....D1,2

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCL 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day <u>ฉีดในวันที่.....</u>	DAY 1 วันที่ .....		DAY 2 วันที่ .....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>				
1. NSS 100 cc IV drip KVO <u>DAY1, 2, 8</u>				
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <u>DAY2</u>				
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY1, 2, 8</u>				
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>				
1. Methotrexate(MTX ).....mg (25 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <u>DAY 1, 8</u>				
2. Bleomycin.....mg (10 IU/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>D1, 8</u>				
3. Cisplatin.....mg (75 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml <u>DAY 2</u>				

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMB : Extravasation , Mucositis ☐ วิตกกังวลเรื่องโรค+การรักษา☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยารั้งแรก ☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMB ตามลำดับ☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที☐ ขณะให้ยาจัดทำที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูน้ํายาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Siteนาน15-20นาที ทุก4ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ้วนครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มีแอลกอฮอล์☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

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

## โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ไม่ตรงตาม Protocol

## Urological Cancer Order Sheet

## BEP-5 Regimen for Advanced Testicular cancer (Germ cell tumors)

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

Medication	Day 0 วันที่.....		Day 1 วันที่.....		Day 2 วันที่.....		Day 3 วันที่.....		Day 4 วันที่.....		Day 5 วันที่.....		Day 8 วันที่.....		Day 15 วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้	เวลา	ผู้ให้
<b>DAY 0</b> : NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50%MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day																
<b>Premedication</b> Start 30 min before chemotherapy																
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY 1-5, 8,15</b>																
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY 1-5</b>																
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1-5, 8,15</b>																
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>																
1. Bleomycin 30Unit in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1,8,15</b>																
2. Cisplatin.....mg (20 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs <b>DAY 1-5</b>																
3. Etoposide.....mg (100 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs <b>DAY 1-5</b>																
การปรับ Rate ยา Etoposide ขณะให้ยา Etoposide record V/S ทุก 15 min x 2, then ทุก 1 hr จนยาหมด หากมีอาการ ใบหน้าแดง,มีผื่น,แน่นหน้าอก,หายใจลำบาก หรือ BP < 90/60 mmHg ให้รีบหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์ 1.ปรับ Rate 40/hr Limit 10 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min 2.ปรับ Rate 80/hr Limit 20 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min 4.ปรับ Rate 160-200/hr Limit 40 ml At.....น. BP.....mmHg p...../min R...../min																

บันทึกการพยาบาล.....

Flutamide Regimen for Prostate cancer (ADT)

ชื่อ-สกุล.....เตียง.....อายุ.....ปี N.....AN.....

Course number..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร BSA.....m<sup>2</sup>



## LHRH agonist with Definite radiotherapy (intermediate risk of recurrence)

ชื่อ-สกุล.....เพียง.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

Course number..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร BSA.....m<sup>2</sup>

	DAY 1	
	วันที่ .....	ผู้ให้
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>		
<input type="checkbox"/> Leuprorelin DPS (Enantone) 11.25 mg 1 vial IM or SC DAY 1		
<input type="checkbox"/> Leuprorelin vial (Eligard) 22.5 mg 1 vial IM or SC DAY 1		
<input type="checkbox"/> Triptorelin vial (Diphereline) 11.25 mg 1 vial IM or SC DAY 1		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร LHRH agonist : Allergic reaction , Tumour flare ☐ วิตกกังวลเรื่องโรค+การรักษา

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMB ตามลำดับ

☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที

☐ ขณะให้ยาจัดทำที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้นยามากเกินไป

☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณ IV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูปื้นยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน15-20นาที ทุก4ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation

☐ แนะนำผู้ป่วยให้วันปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ซอง:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยารั้แรก

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ..... 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..... - อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ..... - คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ /ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	
2	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ..... 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..... ..... - อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ..... - คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ /ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	

# LHRH agonist with Definite radiotherapy (High risk of recurrence)

ชื่อ-สกุล.....เตี้ยง.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

Course number..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร BSA.....m<sup>2</sup>

	DAY 1	
	วันที่ .....	ผู้ให้
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>		
<input type="checkbox"/> Leuprorelin DPS (Enantone)11.25 mg 1 vial IM or SC DAY 1		
<input type="checkbox"/> Leuprorelin vial (Eligard) 22.5 mg 1 vial IM or SC DAY 1		
<input type="checkbox"/> Triptorelin vial (Diphereline)11.25 mg 1 vial IM or SC DAY 1		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร LHRH agonist : Allergic reaction , Tumour flare ☐ วิตกกังวลเรื่องโรคและการรักษา

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ อื่นๆ.....

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

☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMB ตามลำดับ

☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที

☐ ขณะให้ยาจัดท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

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

☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
1	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ..... 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..... - อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ..... - คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ /ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	
2	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ..... 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..... ..... - อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคัน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด/ระบุ..... - คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3.ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รับยาครบ IV off เวลา.....น ให้อนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ /ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	

Ketoconazole and Prednisolone Regimen for Prostate cancer (ADT)

ชื่อ-สกุล.....เตี้ยง.....อายุ.....ปี N.....AN.....

Course number..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร BSA.....m<sup>2</sup>

# ภาคผนวก

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ตรงตาม Protocol

CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy: Cycle.....D8

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

	DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>	เวลา	
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1 , 8</b>		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 8</b>		
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>		
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1, 8</b>		
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositis☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ วิดกกังวลเรื่องโรค + การรักษา☐ อื่นๆ.....การพยาบาล : ☐ วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป☐ สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูน้ำยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Site นาน 15-20 นาที ทุก 4 ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์☐ 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 วัดV/S และรายงานแพทย์ทันที☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลCBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</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 ให่นอนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์  
**CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy: Cycle.....D8**

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

	DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>	เวลา	
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1 , 8</b>		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 8</b>		
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>		
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1, 8</b>		
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ วิดกกังวลเรื่องโรค + การรักษา

☐ อื่นๆ.....

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

☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations

☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

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

☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลCBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</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 ให่นอนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

**CMV (Cisplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA: Cycle.....D8**

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

	DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>	เวลา	
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1 , 8</b>		
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 8</b>		
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>		
1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1, 8</b>		
2. Vinblastin.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ วิดกกังวลเรื่องโรค + การรักษา

☐ อื่นๆ.....

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

☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations

☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให่ยามากเกินไป

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

☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ 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 และรายงานแพทย์ทันที

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

☐ ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
8	<p>1.ก่อนให้ยา ประเมิน ผู้ป่วย.....</p> <p>ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผลCBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</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 ให่นอนพัก 15 นาที วัด BP= ..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งกลับwardเวลา.....น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	

## แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Neoadjuvant chemotherapy: Cycle.....

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

Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 cc IV drip KVO <u>DAY1. 8</u>	DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY1. 8</u>		
Chemotherapy Order <u>บริหารยาตามลำดับ</u> 1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <u>DAY 1. 8</u>		
2. Vinblastine.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <u>DAY 1. 8</u>		
3. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <u>DAY 1</u>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ .....☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositis

การพยาบาล : 1. วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา

2. ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที

3. บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations

4. ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

5. สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูนัยยาที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Siteนาน15-20นาที ทุก4ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation

6. แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

7. Observe อาการผู้ป่วยทุก15-30นาที ถ้ามีอาการผิดปกติ HR &lt; 50 หรือ &gt; 100 ครั้ง/นาที, BP &lt; 90/60 หรือ &gt; 140/90 mm/Hg, RR &lt; 12 หรือ &gt; 20 ครั้ง/นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้าบวมแดง ผื่นคันให้หยุดการให้ยา วัดV/S และรายงานแพทย์ทันที

8. ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

9. ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

การประเมินผลการพยาบาล :

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



แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

**CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Adjuvant chemotherapy: Cycle.....**

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอ

ผู้ป่วย.....HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1. 8</b>	DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1. 8</b>		
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b> 1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1. 8</b>		
2. Vinblastine.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1. 8</b>		
3. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <b>DAY 1</b>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ .....

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositis

การพยาบาล : 1. วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา

2. ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที

3. บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations

4. ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ใหยามากเกินไป

5. สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูป้ายที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Siteนาน15-20นาที ทุก4ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation

6. แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

7. 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 และรายงานแพทย์ทันที

8. ส่งปัสสาวะสีชมพูให้คำแนะนํายุ่งเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

9. ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

การประเมินผลการพยาบาล :

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

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

**CMV (Caboplatin) Regimen for Bladder Cancer Metastatic or recurrent CA: Cycle.....**

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หอ

ผู้ป่วย.....HN.....

Premedication Start 30 min before chemotherapy 1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1. 8</b>	DAY 8 Cycle..... วันที่.....	
	เวลา	ผู้ให้
2. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1. 8</b>		
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b> 1. Methotrexate(MTX ).....mg (30 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1. 8</b>		
2. Vinblastine.....mg (4 mg/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1. 8</b>		
3. Carboplatin .....mg (target AUC = 5, Maximum dose ≤ 750 mg) in NSS 250 ml IV drip in 1.5 hrs <b>DAY 1</b>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ .....

☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositis

การพยาบาล : 1. วัดV/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา

2. ให้Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที
3. บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดExtravasations
4. ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้อาหารมากเกินไป
5. สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณIV Site ถ้ามีให้หยุดยาทันที ดูป้ายที่รั่วซึมออกมาให้มากที่สุด ยกแขนข้างที่เกิดอาการให้สูงขึ้น และประคบเย็นบริเวณ IV Siteนาน15-20นาที ทุก4ชม และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเกิดExtravasation
6. แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ1ช้อน:น้ำต้มสุก1แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์
7. 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 และรายงานแพทย์ทันที
8. ส่งปริมณาสลักรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก
9. ตรวจสอบความถูกต้องของHM แนะนำและทบทวนซ้ำเรื่อง ☐ วันนัด ☐ การทานยาDexa ☐ การฉีดยาNeuprogen

การประเมินผลการพยาบาล :

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

แบบบันทึกการให้ยาเคมีบำบัดและการพยาบาลผู้ป่วย หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

CMB Regimen for Penile Cancer: Cycle.....D8

ตรงตาม Protocol

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

DAY 1 Prehydration before Cisplatin NSS 1000 ml + KCl 20 mEq + 50% MgSO <sub>4</sub> 2 ml IV drip 100-120 ml/hr X 2000 ml/day ฉีดยาวันที่.....	DAY 8	
	วันที่	ผู้ให้
	เวลา	
<b>Premedication Start 30 min before chemotherapy</b>		
1. NSS 100 cc IV drip KVO <b>DAY1, 2, 8</b>		
2. 20% mannitol 100 ml IV short infusion ก่อนให้ Cisplatin <b>DAY2</b>		
3. Dexamethasone 12 mg + Ondansetron 8 mg in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY1, 2, 8</b>		
<b>Chemotherapy Order บริหารยาตามลำดับ</b>		
1. Methotrexate(MTX).....mg (25 mg/m <sup>2</sup> ) IV push <b>DAY 1, 8</b>		
2. Bleomycin.....mg (10 IU/m <sup>2</sup> ) in NSS 50 ml IV drip in 30 min <b>DAY 1, 8</b>		
3. Cisplatin.....mg (75 mg/m <sup>2</sup> /day) in NSS 250 ml IV drip in 2 hr tubing flush with NSS 10 ml <b>DAY 2</b>		

ปัญหาทางการพยาบาล : ☐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูตร CMV : Extravasation , Mucositis

☐ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเนื่องจากรับยาครั้งแรก ☐ วิดกกังวลเรื่องโรค + การรักษา

☐ อื่นๆ.....

การพยาบาล : ☐ วัด V/S ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับยา ☐ ให้ Pre medication ก่อนให้เคมีบำบัด 30 นาที

☐ บริหารยาเคมีบำบัดสูตร CMV ตามลำดับและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Extravasations

☐ ขณะให้ยาจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวหรือยกแขนข้างที่ให้นยามากเกินไป

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

☐ แนะนำผู้ป่วยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ(เกลือ 1 ช้อน:น้ำต้มสุก 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังทานอาหาร หรือบ้วนครั้งขึ้นเมื่อเริ่มมีแผลในปาก หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์

☐ 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

☐ ส่งปรึกษาเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัว ในรายรับยาครั้งแรก

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

☐ อื่นๆ.....

การประเมินผลการพยาบาล :

DAY	ประเมินผลการพยาบาล	ผู้บันทึก
8	<p>1. ก่อนให้ยา ประเมิน ECOG=..... BP =..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p>ผล CBC <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</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"/> เกิดระบุ.....</p> <p>3. ประเมินอาการหลังให้เคมีบำบัด : รัยยาครบ IV off เวลา..... น ให้นอนพัก 15 นาที วัด BP=..... mmHg P=..... ครั้ง/นาที R=..... ครั้ง/นาที</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งกลับ ward เวลา..... น</p> <p>4. แนะนำ ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ /ระบุ.....</p>	