

สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

วันที่ 26 เมษายน 2566 เวลา 13.30น ห้องประชุมกัลปพฤกษ์

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.อดิศักดิ์ ประวิทย์ธนา	รอง ผอ.ก.ภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
2. พญ. ปุณณฎาภักดิ์ ทวี	กุมารแพทย์
3. ภก.ประมวล กำแก้ว	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
4. นางศุภิษา หลาทอง	หัวหน้าหอผู้ป่วย EENT
5. นางวิไลพร กุลบุตร	พยาบาลวิชาชีพ
6. นส. ภิชาญาพร บุญลือ	หัวหน้าตึกอายุรกรรมหญิง
7. นส.วิลาสินี ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพ
8. นส.เกศรินทร์ พรหมเคน	พยาบาลวิชาชีพ
9. นายอัมณพ สมดี	หัวหน้างานสารสนเทศ
10. ภญ.ปิ่นมศรีกรรค์ เพ็ญโพธิ์ทอง	หัวหน้างานจ่ายยาผู้ป่วยนอก
11. ภญ.ปนัดดา แสงทอง	หัวหน้างานจ่ายยาผู้ป่วยใน
12. ภญ.สันทนา ทองผุย	หัวหน้างานบริหารเวชภัณฑ์
13. ภญ.ดวงใจ จันทร์ภักดิ์	เภสัชกรรับผิดชอบงาน HAD
14. ภญ.วัชรินทร์ พุ่มจันทร์	เภสัชกรรับผิดชอบงาน ADR
15. ภก.อภิชาติ ทองมนต์	เภสัชกรรับผิดชอบงาน MRC
16. ภญ.รวีพรรณ หลักรัตน์	เภสัชกรรับผิดชอบงาน HAD
17. ภก.ศิริศักดิ์ บุญหมั่น	เภสัชกรงานปฐมภูมิ
18. ภก.ฉลองชัย บุตรจันทร์	เภสัชกรงานผลิตยา
19. ภญ.อัจฉราพรรณ พรหมตา	เภสัชกรงาน ADR
20. ภก.ปณิธาน โรมสุข	เภสัชกรงานจิตเวช
21. ภญ.นันทิยา มาตย์นอก	เภสัชกรงานปฐมภูมิ

วาระที่ 1 ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นพ.อดิศักดิ์ ประธานในที่ประชุมแจ้งเรื่องการเตรียมความพร้อมรับการประเมิน Post surveillance ในเดือนพฤษภาคม นี้ ระบบยาได้นำประเด็น recommended ไปปรับปรุงแก้ไขตามที่อาจารย์เสนอแนะมา ตั้งแต่ช่วงแรกหลังรับการ Reaccreditation และในการประชุมที่ผ่านมา ได้แบ่งงานให้ทีมต่างๆรับผิดชอบ โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานหลักในแต่ละทีม วันนี้จึงได้นัดผู้รับผิดชอบมาติดตามความก้าวหน้าที่ได้ มอบหมายไปแล้วให้มานำเสนอ

มติที่ประชุม – ทราบ

วาระที่ 2 ทบทวนรายงานการประชุมที่ผ่านมา

ภญ.สันทนา เลขานที่ประชุม แจ้งทบทวนรายงานประชุมครั้งที่ผ่านมา ล่าสุดเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566 เป็นการประชุมความปลอดภัยด้านยาในส่วนของคณะกรรมการ MST ซึ่งได้มีผลการปรับปรุงด้านระบบ HAD ยา stat และยา emergency แต่ที่เป็นในนาม PTC เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2566 ประเด็นพิจารณาส่วนใหญ่เน้นยาเข้า-ออก และสรุปตัวชีวิต ครั้งนี้ขอทบทวนรายงานการประชุม PTC เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2565 ซึ่งจะเป็นวาระสืบเนื่องที่ได้มีการมอบหมายการดำเนินงานเพื่อนำเสนอความก้าวหน้าในวันนี้ ดังนี้

1. การใช้ยา HAD ผู้รับผิดชอบ คือ พญ.ธิติมา สายสุด, ภญ.ปนัดดา แสงทอง, ภญ.รวีพรรณ หลักรัตน์, ภญ.ดวงใจ จันทร์ภักษ์, นางสาวประภาภรณ์ ศุภสุข และ นางมณีจันทร์ มิ่งขวัญ (หัวหน้าอายุรกรรมชาย)
2. Medication reconcile ผู้รับผิดชอบ คือ นพ.อดิศักดิ์ ประวิทย์ธนา, ภก อภิชาติ ทองมนต์, นางวนิดา เสนามนต์ (หัวหน้างาน NCD) นางจารุณี ผดุงศรี (หัวหน้า ER) และนางสาวพรรณทิวา สีเสต (ตัวแทนพยาบาล IPD)
3. ADR Type A monitoring ผู้รับผิดชอบ คือ พญ.ศิริวรรณ ทองวิเศษ, ภญ.วัชรินทร์ พุ่มจันทร์ พยาบาลจากทีม MST และ ER
4. การส่งมอบยาและบริหารยา ผู้รับผิดชอบ คือ นพ.สุรศิษฐ์ โล่เจริญรัตน์, ภญ.สันทนา ทองผุย, นางสุพรรณณี ถ้ำหิน
5. พัฒนาการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มต่างๆ ยา ผู้รับผิดชอบ คือ ภญ.ปัทมชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง, ภญ.อรพิม สีหวงศ์ และ พยาบาล OPD ประจำแต่ละคลินิก

มติที่ประชุม – ทราบ

วาระที่ 3 เสนอเพื่อพิจารณา

ประเด็นที่ 1 การใช้ยา HAD

ภญ.ดวงใจ ตัวแทนทีมรับผิดชอบ HAD ได้นำเสนอแนวทางการจัดการ HAD ของโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ นำเสนอตัวชีวิตของ HAD ในปีที่ผ่านมา และนำเสนอมาตรการปรับระบบตาม Recommend ดังนี้

Recommended >>การใช้ยา HAD ให้มีความชัดเจนรัดกุมมากขึ้น ตั้งแต่นโยบายคำสั่งใช้ยา การถ่ายทอดคำสั่ง การทบทวน การตรวจสอบซ้ำ การบริหารยา การติดตามการใช้ยา

แนวทางการปรับปรุงที่นำเสนอ ได้แก่

- ทบทวนบัญชียา HAD ให้รัดกุม >> ซึ่งในที่ประชุม MST วันที่ 10 เม.ย. 2566 ได้ทบทวนให้ยา 3 รายการกลับมาเป็น HAD เหมือนเดิม Magnesium sulfate, Sodium bicarbonate และ Calcium gluconate เนื่องจากเป็นยา High conc electrolyte ที่ต้องมีการติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด
- กำหนดยา HAD ที่ต้องสั่งโดย Staff เท่านั้น ได้แก่ยากลุ่ม DAN เช่นเดิม
- จัดทำ Standing order ของยา HAD ให้ครอบคลุมมากขึ้น>>เนื่องจากตอนนี้มีแค่ Sepsis, Stroke, STIMI, Chemotherapy ที่มีการใช้ Standing order ของยา HAD
- กำหนดมาตรการสั่งใช้ HAD และรับคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์
- มาตรการตรวจสอบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาในใบ MAR

- ปรับรูปแบบการตรวจสอบโดยใช้เทคนิค Independent double check ตามมาตรฐาน (คนเตรียมยา+ให้ยาทำโดยคนเดียวกัน แต่ทุกกระบวนการมี 1 คนตรวจก่อนเสมอ)
- ออกแบบการ monitor โดยอิงตามเภสัชจลนศาสตร์ (PK/PD) ของยาแต่ละตัว
- ปรับระบบการติดตามให้สอดคล้องกับ AE ที่พบ เช่น การเกิด extravasation

ข้อหาหรือและมติที่ประชุม – ประธานได้สอบถามแนวทางปฏิบัติของพยาบาลในการให้ยา แบบ independent double check ว่ามีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ เนื่องจากเป็นข้อบังคับว่าต้องทำก็ควรจะทำให้ได้ ซึ่งตัวแทนพยาบาลจากงาน ER และอายุรกรรมหญิง ได้อธิบายกระบวนการเตรียมยา เช็ดยา และการบริหารยาของพยาบาล ซึ่งยังไม่เป็นไปตามวิธีการของ independent double check ตามที่กำหนด ประธานในที่ประชุมจึงมอบหมายให้ทีมพยาบาลไปหาแนวทางในการปฏิบัติให้ได้มาตรฐาน และจะมีการลงสู่เยี่ยมหน้างานในครั้งถัดไป

ประเด็นที่ 2 Med reconcile

ภก.อภิชาติ นำเสนอประเด็นข้อเสนอแนะจาก สรพ.เรื่องกระบวนการ med reconcile ในขั้นตอนการ Transmission และแผนการปรับปรุงระบบ เพื่อป้องกันปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่อเนื่อง

Recommended >> กระบวนการ medication reconcile ในขั้นตอน transmission เมื่อผู้ป่วยย้ายแผนก

แผนการปรับปรุงระบบ ได้แก่

- ปรับระบบ MR ในกระบวนการ transmission ระหว่างแผนก โดยปรับแบบฟอร์ม และขั้นตอนวิธีการจัดทำ Standing order ของ MRC ใหม่ ให้มีการทบทวนระหว่างแผนกเพิ่มเติมด้วย และปรับขั้นตอนโดยให้แพทย์ที่ทำการ admit พิมพ์ Standing order จากหน้าจอ IPD
- เพิ่มการเก็บตัวชี้วัดความต่อเนื่องทางยาในด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ ของการส่งต่อด้านยา ระหว่างย้ายแผนก

ข้อหาหรือและมติที่ประชุม – คณะทำงาน MRC จะจัดทำวิธีการพิมพ์ Care map MRC ใหม่ เพื่อให้ประธานนำไปแจ้งให้แพทย์ทราบทุกจุด และจะมีการปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนทักษะในเดือนมิถุนายน 2566 ด้วย และประธานมอบหมายให้ทีมเก็บข้อมูลความร่วมมือของแพทย์แต่ละแผนกในการใช้ Standing order ทั้งในขั้นตอน admit การย้ายแผนก และการใช้เป็น order Home medication นำมารายงานผลด้วย

ประเด็นที่ 3 แนวทางจัดการ Type A ADR

Recommended >> ระบุรายงานและประเมิน การพัฒนาระบบค้นหาตักจับ serious ADR การนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการติดตามเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่ปลอดภัย

ภญ.อัจฉราพรรณ นำเสนออุบัติการณ์เกิด Type A ADR ในรอบปี 2563-2566 ที่ผ่านมา และประเภท ADR ที่พบบ่อย ได้แก่ การเกิด Insomnia จากยาจิตเวช การเกิด Peripheral edema การเกิด Nausea vomiting โดยมีการวิเคราะห์สาเหตุการเกิด Type A ADR ชนิดต่างๆ ดังนี้

ภาวะ Insomnia จากข้อมูลมีทั้งที่เกิดจากยา และที่เกิดจากตัวโรคหรือสาเหตุอื่น จะต้องมีการวิเคราะห์เพื่อแยกข้อมูลอีกครั้ง กรณีที่เกิด insomnia เภสัชกรจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแจ้งแพทย์เพื่อปรับยาให้ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการ เช่น การเพิ่มยากลุ่ม Benzodiazepine เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ

ยา Lercardinipine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม CCB ที่มีรายงานการเกิด Peripheral edema ต่ำที่สุดในยา กลุ่ม CCB ทั้งหมด แต่ยังมีพบว่ามีอาการเกิด Peripheral Edema ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปริมาณการใช้ยา Amlodipine เนื่องจากเป็นยา first line drug ของกลุ่ม CCB ในการรักษา HT มีปริมาณเยอะขึ้นตามไปด้วย ยาวัดโรคพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพียงช่วงระยะเวลาสัปดาห์แรก เกสซ์กรได้มีการแนะนำให้ผู้ป่วยร่วมกับการใช้ยากลุ่มลดอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วยในระยะเวลาสั้นๆ

ยากลุ่มเคมีบำบัดได้มีการให้ Premedication antiemesis ตามมาตรฐานแนวทางการรักษาและป้องกันการอาการไม่พึงประสงค์

แนวทางการพัฒนาที่ได้ดำเนินการแล้ว

- พัฒนาฉลากยาให้ครอบคลุมทุกรายการที่จะมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Type A เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ในกรณี Metformin-associated lactic acidosis (MALA) เป็น ADR Type A ที่สามารถเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา Metformin แม้จะพบว่าจะมีอัตราการเกิดที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรง เกสซ์กรเป็นผู้ให้คำแนะนำในผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการแสดงของ lactic acidosis และหยุดยาเมื่อมีอาการดังกล่าว รวมถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิด MALA เช่น การได้รับยาที่เป็นพิษต่อไต เช่น NSAIDs ภาวะขาดน้ำ การติดเชื้อ

แผนการพัฒนา

1. กำหนดแนวทางการคัดกรอง ADR ที่สำคัญ ให้คลินิกต่างๆ ค้นหาและหลีกเลี่ยงการสั่งยาที่มี ADR ที่พบบ่อย หรือมีความเสี่ยง
2. ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะจัดให้มีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเชิงรุก
3. พัฒนาระบบป้องกันในระบบ Hos-xp ให้แจ้งเตือนในกรณีที่มีการสั่งใช้ยาคุที่มีแนวโน้มนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Type A

ข้อหารือและมติที่ประชุม – ที่ประชุมเสนอให้นำร่องการดำเนินงานคัดกรอง Type A ADR ในคลินิกที่มีรายงาน ADR เกิดขึ้นเยอะที่สุด ได้แก่ คลินิกจิตเวช โดยให้พัฒนาแนวทางการคัดกรอง ADR ที่เชื่อมโยงกับ PCT ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และให้เกสซ์กรงานจิตเวชสะท้อนข้อมูลผลการติดตามการเกิด Type A ADR ในคลินิกให้แพทย์ พยาบาล ทราบ เพื่อปรับระบบในคณะกรรมการ PCT ต่อไป

ประเด็นที่ 4 การส่งมอบยาและการบริหารยา

Recommended >> การพัฒนาความปลอดภัยในการใช้ยาใน IPD ทั้งการส่งมอบยาและการบริหารยาในประเด็นการให้ยาผิดชนิด และให้ยาผิดคน

ภญ.สันทนา ได้นำเสนอขั้นตอนการส่งมอบยา ตั้งแต่การจัดยาที่ห้องยา การนำส่งที่หอผู้ป่วย การจัดเก็บยาเพื่อเตรียมยาและบริหารยา พร้อมเสนอปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาการส่งมอบยา ดังนี้

1. ปัญหาความไม่รัดกุม ปลอดภัย ในขณะที่นำส่ง>>>แนวทางแก้ไข อุปสรรคในการส่งยาควรปิดมิดชิด ป้องกันการเข้าถึงของผู้ไม่เกี่ยวข้อง ป้องกันการสูญหายของยาระหว่างนำส่ง
2. การนำส่ง หรือรับคืนยาเย็นจาก ward ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ>>>ต้องนำส่งโดยใช้อุปกรณ์เก็บความเย็นเท่านั้น ทั้งไป และ กลับ

3. ชั้นเก็บยาใน ward ไม่เหมาะสมกับการใช้งาน และไม่เพียงพอกับจำนวนเตียง ทำให้ห้องยาต้องส่งยาไปบนเคาเตอร์ เสี่ยงต่อการสูญหาย และปะปนกัน>>>ชั้นเก็บยาควรมีขนาดใหญ่ สามารถเก็บยาได้ทุกชนิด สำหรับผู้ป่วย 1 คน ป้องกันยาปะปนกัน
4. การเคลื่อนย้ายยาหลายรอบ (จากตระกร้าห้องยา >>วางเคาเตอร์>>ใส่รถเตรียมยา>>ใส่รถฉีดยา) เสี่ยงต่อการเกิด med error>>>ควรมีรถเข็นบรรจุยาคันเดียวกัน ตั้งแต่ห้องยาไปจนถึงให้ยาผู้ป่วยที่เตียง โดยไม่ต้องเคลื่อนย้าย

แผนการพัฒนาระบบส่งมอบยาและบริหารยา

- 1) พัฒนาระบบส่งมอบยาให้ทันเวลาและรัดกุม
 - กระสวยส่งยา กำลังดำเนินการติดตั้ง ขณะนี้บริษัทเข้ามาเซ็นสัญญา e-bidding เรียบร้อยแล้ว คาดว่าจะแล้วเสร็จ กรกฎาคม 2566
 - รถเข็นยาที่เหมาะสม โดยได้นำเสนอรถส่งยาและบริหารยาในรูปแบบต่างๆพร้อมราคา ซึ่งถ้าพิจารณาว่ามีความเหมาะสมกับการใช้งาน ก็จะดำเนินการจัดซื้อต่อไป
- 2) ปรับอัตรากำลังและบทบาทหน้าที่ในการบริหารยาของพยาบาลให้รัดกุม
 - พัฒนาการใช้ใบ e-MAR ในการบริหารยาให้ต่อเนื่องทุกหอผู้ป่วย
 - เน้นหลัก 7 R ในการให้ยา ให้เป็น KPI สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วย

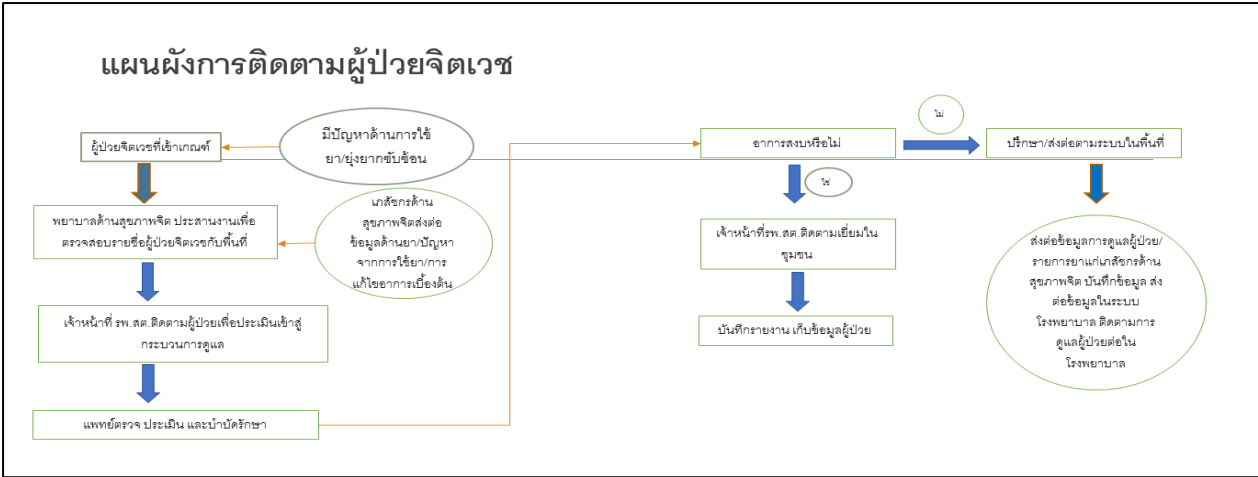
ข้อหารือและมติที่ประชุม- ประธานในที่ประชุมมอบหมายให้ทีมรับผิดชอบประเด็นนี้หารือกับผู้รับผิดชอบหลักของ NSO เพื่อพิจารณาเรื่องการใช้รถส่งยา โดยอาจจะนำร่องลองใช้ในหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยและยาไม่มากเกินไป และให้บริษัทที่เสนอราคานำตัวอย่างรถมาให้ทดลองใช้ก่อนจัดซื้อจริง

ประเด็นที่ 5 การพัฒนาการใช้ยาในคลินิกเฉพาะโรค

Recommended >> กำหนดเป้าหมายการพัฒนาการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มต่างๆให้มีความชัดเจนและมีความปลอดภัยมากขึ้น โดยเฉพาะ CKD จิตเวช warfarin ผู้ป่วยได้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาเคมีบำบัด ทารกแรกเกิด เป็นต้น

ภก.ปณิธาน ได้นำเสนอการพัฒนาการใช้ยา โดยนำรูปแบบของคลินิกจิตเวชมาแนะนำเสนอ ในด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการใช้ยาที่ปลอดภัย ซึ่งมีดังนี้

1. การประเมินการใช้ยาและการดูแลปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเบื้องต้น โดยใช้แบบติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.วางแผนช่วยเหลือ/เยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช
 3. ให้คำแนะนำ/ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา แนวทางแก้ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา
 4. ส่งต่อข้อมูลการติดตามการใช้ยา ปรีกษาแพทย์/เภสัชกรประจำคลินิก เพื่อเพิ่มการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
- โดยแผนการดูแล มีดังนี้



ข้อหาหรือและมติที่ประชุม- มติที่ประชุมให้แต่ละคลินิก ได้แก่ CKD จิตเวช warfarin ผู้ป่วยได้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาเคมีบำบัด ทารกแรกเกิด มานำเสนอเป้าหมายการใช้ยาของแต่ละคลินิก และการดูแลผู้ป่วยด้านยาที่เป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในครั้งถัดไป เพื่อประเมินว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้สอดคล้องกับบริบทการดูแลของโรงพยาบาลมากน้อยแค่ไหน

ประเด็นที่ 6 การติดตามความก้าวหน้าในงานระบบยาตาม DHSA

ภก.ศิริศักดิ์ ได้นำเสนอผลการพัฒนาความก้าวหน้างานระบบยาตามมาตรฐาน DHSA เนื่องจากในรอบนี้จะเป็นการ Reaccreditation ครั้งที่ 1 ของ DHSA ประเด็นที่ทางเภสัชกรรมปฐมภูมิได้พัฒนาและมีแผนพัฒนา มีดังนี้

- นำเสนอตัวชี้วัดระบบยาในงานปฐมภูมิ ได้แก่
 - 1) การสำรองยา: มีการติดตามเก็บข้อมูล จำนวนยาขาดจ่ายและ จำนวนรายการยาหมดอายุ
 - 2) ความปลอดภัยจากการใช้ยา มีการติดตามการแพ้ยา : จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ และความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา : prescribing error, Pre dispensing error , dispensing error และ admin error
 - 3) การดูแลการใช้ยาที่บ้าน : ร้อยละของการแก้ปัญหาการใช้ยาในชุมชน และการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา : ระดับ E ขึ้นไป
- นำเสนอการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในช่วงที่ผ่านมา ได้แก่
 - การวางระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ในรูปแบบ Zero stock
 - วางแนวทางการใช้ยา emergency drug
 - การพัฒนาระบบส่งต่อเรื่องแพ้ยาระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
 - การพัฒนาระบบติดตามยาเดิมระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต ทางไลน์กลุ่ม รพ.สต.เพื่อให้มีการใช้ยาต่อเนื่อง
 - พัฒนาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ การใช้ยาที่มี Drug interaction การใช้ยาในเด็ก

ข้อหาหรือและมติที่ประชุม- พญ.ปญญาภัค เสนอให้ทำตารางขนาดการใช้ยาในเด็กของ รพ.สต.แบบที่เทียบจากน้ำหนักเลย โดยไม่ต้องคำนวณอีก เพื่อป้องกัน Med error

ครั้งนี้ให้นำเสนอตัวเลขผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดงานปฐมภูมิที่ตั้งไว้ เพื่อนำมาสะท้อนปัญหาให้
คณะกรรมการระบบยาในโรงพยาบาลร่วมวางแผนแก้ไข

(ภญ.สันทนา ทองผุย)

ผู้ช่วยเลขา PTC

ผู้บันทึกการประชุม

(นพ.อดิศักดิ์ ประวิทย์ธนา)

รองประธานคณะกรรมการ PTC

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

(พญ.แคทรียา เทนสิทธิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ผู้รับรองรายงานการประชุม