

คู่มือการให้บริการ : การให้บริการดำเนินงานเตรียมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยใน
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
 ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
๑. ชื่อกระบวนการ :	การให้บริการดำเนินงานเตรียมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยใน
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
๓. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	เตรียมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยในจำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๗๑๒ ราย

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
๔. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การให้บริการดำเนินงานเตรียมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยใน	
๕. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
๕.๑ ประเภทช่องทาง : ๑.หน่วยเตรียมยาเคมีบำบัด ชั้น ๕ อาคารกาญจนบุรี ๒.กลุ่มงานเภสัชกรรม ชั้น ๑ อาคารกาญจนบุรี ๓.โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ๑๓๙ หมู่ ๔ ตำบลบึงสนั่น อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ๔. www.mahavajiralongkorncancercenter.go.th/mcc ๕. โทรศัพท์: ๐๒-๕๕๖๑๙๖๐ ต่อ ๑๓๐๖ ๖. yayaa_rx@hotmail.com ๗. รหัสไปรษณีย์ ๑๒๑๑๐	๕.๒ วันที่เปิดให้บริการ : <input type="checkbox"/> วันจันทร์ <input type="checkbox"/> วันอังคาร <input type="checkbox"/> วันพุธ <input type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
	๕.๓ เวลาที่เปิดให้บริการ : <input type="checkbox"/> บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง ๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น. <input type="checkbox"/> ๖.๓๐-๒๐.๐๐ น. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
หมายเหตุ :	-
๖. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)	
๑.ใบคำสั่งรายการยาเคมีบำบัดจากแพทย์	จำนวน ๑ ฉบับ

๗. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ ชั่วโมง/ วัน/ วันทำการ/ เดือน/ปี)	ส่วนงาน/ หน่วยงานรับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	พยาบาลบนหอผู้ป่วยรับคำสั่งการใช้ยาเคมีบำบัดจากแพทย์	พยาบาลรับคำสั่งการใช้ยาเคมีบำบัดจากแพทย์และทำการแพ็ทซ์คำสั่งการใช้นี้มาที่หน่วยเตรียมยาเคมีบำบัด ชั้น ๕	๓๐	นาที	หอผู้ป่วยใน	
๒.	ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งการใช้ยาพร้อมพิมพ์ฉลากยา	- เภสัชกรทำการตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา - ผู้ช่วยเภสัชกรทำการพิมพ์ฉลากยาและจัดยาใส่ถาดยา	๓๐	นาที	เภสัชกรรม	
๓.	ตรวจสอบความถูกต้องของยาเคมีบำบัดก่อนผสมยา	เภสัชกรคนที่ ๑ ทำการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างคำสั่งการใช้ยากับยาเตรียมในถาด โดยตรวจสอบชื่อ นามสกุล หอผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยาที่ใช้ สารละลายที่ใช้ ระยะเวลาการให้ยา	๑๐	นาที	เภสัชกรรม	
๔.	ทำการผสมยาเคมีบำบัด	เภสัชกรคนที่ ๒ ทำการเตรียมยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานการเตรียมยาเคมีบำบัดจากสมาคมเภสัชกรรม ร.พ.	๓๐	นาที	เภสัชกรรม	
๕.	จ่ายยาเคมีบำบัดที่เตรียมเสร็จแล้วให้กับหอผู้ป่วย	ยาเคมีบำบัดที่เตรียมเสร็จแล้วจะถูกบรรจุในถุงสีม่วงและถูกนำออกจากตู้ผสมยาเพื่อใส่ในกล่องรับยาเคมีบำบัดของหอผู้ป่วย	๒๐	นาที	เภสัชกรรม	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						๑๒๐ นาที

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่ รับผิดชอบ	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร (ฉบับ/ ชุด)	หมายเหตุ
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน 1. บัตรประจำตัวประชาชน 2. สำเนาทะเบียนบ้าน 3. บัตรประจำตัวข้าราชการหรือ พนักงานองค์การของรัฐ 4. หนังสือเดินทาง 5. บัตรอนุญาตขับขี่รถยนต์ 6. ทะเบียนสมรส 7. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ 8. สูติบัตร 9. หนังสือรับรองนิติบุคคล 10. เอกสารอื่นๆ	หอผู้ป่วย หอผู้ป่วย		1 1	ชุด ชุด	
2	หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด	หอผู้ป่วย		1	ฉบับ	
3					

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม(ถ้ามี)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร (ฉบับ/ ชุด)	หมายเหตุ
	-					

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ(ข้อมูล ณ วันที่.....)

รายละเอียดค่าธรรมเนียม :	สามารถสอบถามราคาयाได้ที่กลุ่มงานเภสัชกรรม หรือโทร 02-5461960 ต่อ1012
ค่าธรรมเนียม :	-
หมายเหตุ :	-



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

11. ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม	
1.	ฝ่ายการเงิน ชั้น 1 อาคารกาญจนบุรี

12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	กลุ่มงานเภสัชกรรม โทรศัพท์ 02-5461960 ต่อ 1012
2.	กล่องรับข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะการให้บริการกลุ่มงานเภสัชกรรม

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	-
ขอรับเอกสาร :	-

14. หมายเหตุ	
-	