แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา
Adrenaline injection

ความแรง : 1 amp: 1 mg/1 ml (1:1,000)

ชื่อ .....อายุ .....ปี.....เดือน

หอผู้ป่วย.....ว/ด/ป .....

HN ..... AN.....

ข้อควรระวังในการบริหารยา | **US FDA Pregnancy Cat C**

รูปแบบยา	Onset	Peak	Duration
Adrenaline (Injection 1 mg/ml) (1 ml)	SC : 5-10 นาที IM : 6-12 นาที IV : rapid	SC : 20 นาที IM : ไม่มีข้อมูล IV : 20 นาที	SC : < 1-4 ชั่วโมง IM : < 1-4 ชั่วโมง IV : 20-30 นาที

- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง และระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดส่วนปลาย
- สามารถให้ SC, IM, IV infusion (การให้ IV push จะใช้ในกรณี anaphylactic shock ที่รุนแรงเท่านั้น และต้องเจือจางด้วย NSS 9 ml. ให้ได้ความเข้มข้น 1: 10,000 หรือ 0.1 mg/ml)
- **หลีกเลี่ยงการให้ทาง IM บริเวณสะโพก** เนื่องจากอาจทำให้หลอดเลือดตีบจนกล้ามเนื้อตายได้
- ผสมได้ใน NSS, DNS, D5W หลังผสมควรเก็บให้พ้นแสง และจะคงตัว 24 ชั่วโมง ทั้งที่อุณหภูมิห้องหรือตู้เย็น
- ยาที่สามารถผสมร่วมกับยานี้ได้ คือ DoPAmine, DoBUtamine
- ยาที่ไม่สามารถผสมร่วมกับยานี้ได้ คือ Aminophylline, Sodium bicarbonate, alkaline solution (สารละลายด่าง)
- กรณี IV infusion ควรให้ผ่าน infusion pump ให้ผสมยา 1 mg (1 ml) ใน D5W หรือ NSS 250 ml และ 500 ml (ตามตาราง) ขนาดยา 0.1-1.0 mcg/kg/min ในอัตราเร็ว 1-10 mcg/min (การให้ยาเร็วอาจเกิดเลือดออกในสมอง หรือหัวใจเต้นเร็ว)

Adrenaline HCL Infusion Rates*

Desired Dose	1 mg in 500 ml D5W (2 mcg/ml)			1 mg in 250 ml D5W (4 mcg/ml) หรือ 2 mg in 500 ml D5W (4 mcg/ml)		
mcg/min	mcg/hr	ml/min	ml/hr	mcg/hr	ml/min	ml/hr
1	60	0.5	30	60	0.25	15
2	120	1	60	120	0.5	30
3	180	1.5	90	180	0.75	45
4	240	2	120	240	1	60
5	300	2.5	150	300	1.25	75
6	360	3	180	360	1.5	90
7	420	3.5	210	420	1.75	105
8	480	4	240	480	2	120

*Pediatric infusion: 0.6 mg/kg in 100 ml D5W – 1 ml/hr = 0.1 mcg/kg/min

การติดตามการให้ยาผู้ป่วย (ตลอดระยะเวลาที่ให้ยา)

☐ กรณี CPR ให้ติดตามทันทีเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีชีพจร ปรับขนาดและการติดตามตามแพทย์สั่ง ☐กรณี anaphylaxis ทุก10 นาที*3 ครั้ง ☐กรณี IV infusion ทุก 1 ชั่วโมงตลอดการให้ยา

ค่าการติดตาม	วันที่													
	เวลา													
	เกณฑ์การรายงาน													
BP (mmHg)	Adult: >160/100 Ped: >120/80													
HR (ครั้ง/นาที)	Adult: >120 Ped: >180													
Peripheral ischemia	ผิวซีดเย็นหรือเขียว													
Extravasation	บริเวณที่ฉีดยาบวม แดง,หรือซีดขาว													

หมายเหตุ: - ทำเครื่องหมาย √ หน้าช่อง [ ] วิธีบริหารยา - ทำเครื่องหมาย √ กรณีค่าสัญญาณชีพและค่าทางห้องปฏิบัติการปกติ หากผิดปกติให้ลงค่า/อาการนั้น แล้ว วงกลม เพื่อรายงานแพทย์, *หากพบ Extravasation (การอักเสบของ IV site) ให้เปลี่ยนตำแหน่งการให้ยา – หากพบผิวซีดเย็นหรือเขียวให้แจ้งแพทย์ทันที

อาการไม่พึงประสงค์ (ตลอดระยะเวลาที่ให้ยา)

วันที่												
เวลา	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
- ปวดศรีษะ												
- หายใจหอบเหนื่อย												
- แน่นหน้าอก												
- มือเท้าเขียวคล้ำ												
แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร (ลงชื่อ)												

หมายเหตุ: ทำเครื่องหมาย **X เมื่อไม่มีอาการ** : √ กรณีมีอาการผิดปกติ จากนั้น**วงกลม**เพื่อรายงานแพทย์: - หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้

กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาความเสี่ยงสูง กรุณาแจ้งฝ่ายเภสัชกรรม (โทร 7716)