



แบบบันทึกการเฝ้าระวังการให้ยา

Dopamine injection

ความแรง : 250 mg/10 ml

ชื่อ

อายุปี.....เดือน หอผู้ป่วย.....

ว/ด/ป

ข้อควรระวังในการบริหารยา

Pregnancy category: C

- การผสมยา Dopamine 1:1 หมายถึง Dopamine 1 mg ต่อน้ำ 1 ml (Dopamine 500 mg (2 vial) + D5W หรือ NSS 500 ml) หลังผสมเก็บได้ 24 ชม.
- การผสมยา Dopamine 2:1 หมายถึง Dopamine 2 mg ต่อน้ำ 1 ml (Dopamine 500 mg (4 vial) + D5W หรือ NSS 500 ml) หลังผสมเก็บได้ 24 ชม.
- สารละลายที่สามารถผสมเข้ากันได้: D5W, D5S/2, D5S, NSS, LR ให้ในอัตรา 2-20 mcq/kg/min (ขนาดสูงสุด 50 mcq/kg/min)
- ปรับขนาดยาขึ้น-ลงช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ แทนการหยุดฉีดยาอย่างทันทีทันใด เพราะอาจเกิดความดันโลหิตต่ำกะทันหัน
- น้ำยาที่เจือจางจะมีสีเหลืองจางๆ หากน้ำยามีสีเปลี่ยนไป หรือสีเข้มขึ้น หรือขมขุ่นไม่ควรใช้ยา (น้ำยาที่เจือจางแล้วต้องใช้ให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง)
- ห้ามผสมร่วมกับในขวดหรือ Y-site กับสารละลายที่เป็นด่าง เช่น KCL inj, NaHCO₃, Ampicillin inj, Gentamicin inj, Ceftazidime, Ceftriaxone, iron salt.
- ห้ามใช้ร่วม กับยา Phenytoin inj. เพราะทำให้ความดันต่ำและหัวใจเต้นช้าลง (bradycardia)

การติดตามการให้ยาผู้ป่วย (ตลอดระยะเวลาที่ให้ยา)

ค่าการติดตาม	เกณฑ์การรายงาน	วันที่														
		เวลา														
BP	>140/90 mmHg < 90/60 mmHg	15 นาที*4 ครั้งหลังจาก นั้นทุก 4 ชม														
HR	>120 ครั้ง/min < 60 ครั้ง/min															
Urine output	ลดลงขณะที่ BP ไม่ ลด (< 25 ml/hr)	1 ชั่วโมง														
Peripheral ischemia	ผิวหนังเย็นหรือเขียว	1 ชั่วโมง														
Extravasation	อาการ บวมแดง, อาการชีด - ขาว	1 ชั่วโมง														
แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร (ลงชื่อ)																

หมายเหตุ: - ทำเครื่องหมาย ✓ กรณีค่าสัญญาณชีพ และ ค่าทางห้องปฏิบัติการปกติ หากผิดปกติให้ลงค่า/อาการนั้น แล้ว วงกลม เพื่อรายงานแพทย์,
*หากพบการอักเสบของ IV site ให้เปลี่ยนตำแหน่งการให้ยา

อาการไม่พึงประสงค์ (ตลอดระยะเวลาที่ให้ยา)

วันที่	เวลา	เช้า			บ่าย			ดึก			เช้า			บ่าย			ดึก		
		เข้า	ป่วย	ตึก	เข้า	ป่วย	ตึก	เข้า	ป่วย	ตึก	เข้า	ป่วย	ตึก	เข้า	ป่วย	ตึก			
(ติดตามทุก 1 ชม.X4 ครั้ง จากนั้นทุก 2 ชม.)																			
- คลื่นไส้/อาเจียน/เบื่ออาหาร																			
- ใจสั่น/อึดอัด/แน่นหน้าอก																			
- หัวใจเต้นผิดปกติ																			
- มือเท้าเขียวคล้ำ																			
- ขาดตามปลายมือปลายเท้า																			
แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร (ลงชื่อ)																			

หมายเหตุ: - ทำเครื่องหมาย ✓ กรณีค่าสัญญาณชีพ และ ค่าทางห้องปฏิบัติการปกติ หากผิดปกติให้ลงค่า/อาการนั้น แล้ว วงกลม เพื่อรายงานแพทย์

กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาความเสี่ยงสูง กรุณาแจ้งฝ่ายเภสัชกรรม (โทร 7716)