

ใบยินยอมให้การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เขียนที่โรงพยาบาลวังเจ้า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอำนาจทำการแทนเป็นผู้กรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจจัดการแทน ในฐานะ.....

ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นโรคที่ร้ายแรงอาจทำให้ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน จึงควรรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลถึงความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งข้อดี ข้อเสียของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดดังนี้

ข้อดี/ประโยชน์ของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

1. ยาจะช่วยให้ยาละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจตายได้ 30%

2. ทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้น

3. ป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสีย/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

1. อาการแพ้ยา เช่น ผื่นคัน มีไข้ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ

2. การมีเลือดออกเล็กน้อย เช่น เลือดออกตามไรฟัน บวมบริเวณให้ยา

3. เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร ไอบนเลือด

4. ความดันโลหิตต่ำ

5. อาจเกิดเลือดออกในสมอง หัวใจเต้นผิดจังหวะ แพ้ยาอย่างรุนแรง หรือเสียชีวิตจากหัวใจวายได้ซึ่งอาจเกิดได้ 0.1 ถึง 1 เปอร์เซ็นต์

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงความรุนแรงของโรค ข้อดีและข้อเสียของการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแล้วจึงตัดสินใจ

☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายโรงพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย(ญาติสายตรง)

(.....)

กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะและไม่มีญาติ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากปล่อยไว้ อาจเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้

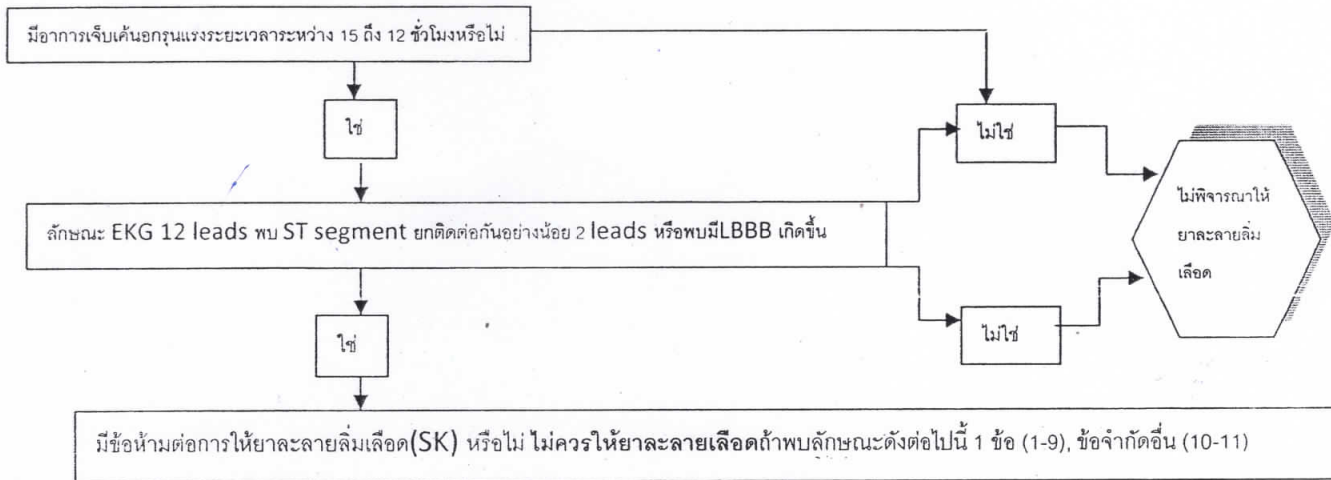
ลงชื่อ.....แพทย์

(.....)

ลงชื่อ.....พยาบาล

(.....)

แบบประเมินการให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevation
(ประเมินผู้ป่วย STEMI ทุกราย)



	ข้อห้าม	พบ	ไม่พบ
1	ความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/100 mmHg ที่ไม่สามารถควบคุมได้		
2	มีประวัติเป็น hemorrhagic stroke		
3	มีประวัติเป็น nonhemorrhagic stroke ภายใน 1 ปี		
4	ตรวจพบเลือดออกในอวัยวะภายใน เช่น เลือดออกในช่องท้อง เลือดออกในทางเดิน		
5	เคยได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเคยผ่าตัดใหญ่เวลา 6 สัปดาห์		
6	สงสัยว่าอาจมีเลือดแดงใหญ่ฉีก หรือความดันซิสโตลิกแขนซ้ายและแขนขวาต่างกัน (>20 mmHg) BP แขนซ้าย...../..... mmHg , BP แขนขวา...../..... mmHg		
7	ทราบว่ามีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin)		
8	ได้รับการกู้ชีพ (CPR) มากกว่า 10 นาที หรือมีการบาดเจ็บรุนแรงจากการกู้ชีพ		
9	ตั้งครรภ์		
10	ผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอม		
11	สาเหตุอื่น(ระบุ).....		

ควรพิจารณาให้ยา streptokinase เป็นอันดับแรก

เว้นแต่ผู้ป่วยเคยแพ้ยาหรือได้รับยานี้มาก่อนจึงพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดอื่น

ผลการประเมิน

☐

สมควรให้

☐

ไม่สมควรให้

ลงชื่อ.....(แพทย์ผู้ประเมิน)

ที่มา: แนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2551, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ	ปี	HN	แพทย์
------------------	------	----	----	-------

แก้ไข 30 เมษายน 2556

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในระบบ STEMI Fast track ในโรงพยาบาล วังเจ้า

(บันทึกผู้ป่วย STEMI ทุกรายและ กรณำบันทึกเวลาตรงความจริง)

ลำดับ	ข้อมูล	วัน/เวลา	หมายเหตุ
1.	เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บอก(onset time)		
2.	เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล(door in time)		
3.	รับ Refer จากโรงพยาบาล.....		(เวลาที่รับประสานงาน)
4.	การคัดกรองและประเมินสภาพผู้ป่วย		
BP แขนซ้าย...../..... mmHg ,BP แขนขวา...../..... mmHg PR.....bpm RR..... bpm T.....°C O ₂ sat.....% PS.....			
5.	เวลาทำ EKG 12 leads		
6.	แพทย์เวร ER ดู EKG(first medical contract)		
ผลการอ่าน EKG.....			
7.	แพทย์เวรรายงานแพทย์อายุรกรรม(staff medical contract time)(please single line to staff)		
8.	การรักษาเบื้องต้น (MONAC) (.....) Morphine 3 mg IV (.....) Oxygen cannular 3 LPM (.....) Nitroglycerine : Isordil 5 mg SL (.....) ASA gr V 1 tab เคี้ยวแล้วกลืน (.....) Clopidogrel (75mg) 4 tab Oral (.....) IV fluid /injection plug (.....) Lab: Trop-T(emergency!!),CK-MB, CBC, PT, PTT, BUN, Cr, e' lyte (.....) CXR portable		การคำนวณเวลา(นาที) 1.Onset to needle time=..... (ระยะเวลา 1-10) 2. Door to needle time=..... (ระยะเวลา ข้อ 2 ถึงข้อ 10) 3.Door to EKG=..... (ระยะเวลา ข้อ 2 ถึงข้อ 6) 4. Dr.ER time=..... (ระยะเวลาข้อ 6 ถึงข้อ 7) 5. staff consult time=..... (ระยะเวลาข้อ 7 ถึงข้อ 9) 6. Staff to needle time=..... (ระยะเวลาดังแต่ข้อ 9 ถึงข้อ 10) 6. refer time=..... (ระยะเวลาดังแต่ข้อ 10 ถึงข้อ 11)
9.	เวลาที่แพทย์อายุรกรรมมาตรวจเยี่ยม		
10.	เวลาที่เริ่มได้รับยา SK		
11.	เวลาสิ้นสุดการได้รับยา		
BP.....mm/Hg PR.....bpm RR..... bpm T.....°C O ₂ sat.....% PS.....			
10.	เวลาประสาน ward /ประสาน refer		
11.	เวลาผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน(ทั้ง ADM และ refer)		
BP.....mm/Hg PR.....bpm RR..... bpm T.....°C O ₂ sat.....% PS.....			
12.	เวลาที่ผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วย.....		
BP.....mm/Hg PR.....bpm RR..... bpm T.....°C O ₂ sat.....% PS.....			

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ	ปี	HN	แพทย์
------------------	------	----	----	-------

เริ่มให้ยารวันที่..... เวลา..... สิ้นสุดวันที่..... เวลา.....

1. ผสมยาตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (TSM:CC01)
2. ใช้ infusion pump ในการให้ยา
3. บันทึก V/S ทุก 15 นาทีขณะให้ยาและบันทึกทุก 15 นาที 2 ครั้งหลังสิ้นสุดการให้ยาหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

Time	BP (mmHg)	PR (bpm)	RR (bpm)	PS	EKG	GCS	Bleeding	Side Effect

1. **Minor bleeding** has occurred in up to 67% of patients, presenting as venipuncture or arterial cutdown site oozing, microscopic hematuria, hemoptysis, or hematemesis. Local bleeding.
2. **Serious or major bleeding**, including gastrointestinal, genitourinary, joint, retroperitoneal or intracerebral hemorrhage, has occurred in 0.3% to 6.0% of patients.
3. **Acute allergic reactions** to SK ranged from minor dyspnea, urticaria, pruritus, flushing, nausea, headache, or musculoskeletal pain to **severe anaphylaxis**, bronchospasm, or periorbital or angioneurotic edema. Usually required discontinuation of therapy, antihistamines, and/or corticosteroids.
4. Transient hypotension has been associated with reperfusion.(**reperfusion-induced hypotension**)
5. Dyspnea, cyanosis, rare cases of hemorrhagic myocardial infarction, serious **ventricular arrhythmias**, hemopericardium, and **death from cardiogenic shock** .

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ	ปี	HN
แผนก	หอผู้ป่วย		แพทย์

- ☐ ผู้ป่วยมาเอง
☐ EMS นำส่ง

*** Standing order for ACS (STEMI/NSTEMI/UA)

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

SCAN ใน Document

ก่อน Admit/Refer ทุกครั้ง

เฉพาะ STEMI ☐ Anterior ☐ Inferior ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ RV infarction เวลาที่มาแกร็บ _____ น.

เวลาที่ทำ EKG ใบแรก _____ น. เวลาที่วินิจฉัย By Cardiologist _____ น. เวลาที่ได้ SK/TNK _____ น.

DATE	Order for one day	DATE	Order for continuous
	☐ Admit CCU/ICU/SubICU/ _____ สาย staff เวิร์ก med ☐ CBC with Plt, PTT, PT, INR, anti-HIV ☐ BUN, Cr, Electrolyte, DTX _____ mg% ☐ Ca, Mg, PO4, LFT ☐ FBS, HbA1C, Lipid พรุ่งนี้เช้า ☐ Tropl/T : at 0 hr _____ น., 3 hr _____ น., 6 hr _____ น. ☐ EKG : at 0 hr _____ น., 3 hr _____ น., 6 hr _____ น. ☐ CXR portable ☐ On O2 _____ (keep O2 Sat >92%) ☐ IV fluid _____ ☐ On heparin lock ☐ *** ใส่ NG lavage ก่อนให้ SK/TNK, then off NG ทันที Post SK/TNK if no UGIB *** ☐ ASA 300 mg chew stat at _____ น. ☐ Load P2Y12 inhibitors at _____ น. ☐ Clopidogrel (75) 1 tab stat ☐ Clopidogrel (75) 4 tabs stat ☐ Clopidogrel (75) 8 tabs stat for refer PCI ☐ Ticagrelor (90) 2 tabs stat for refer PCI ☐ Streptokinase 1.5 mu+NSS 100 ml IV drip in 1 hr at _____ น. ☐ TNK 30-50 mg IV bolus over 5-10 sec once,*BW _____ kg* at _____ น. ☐ <60 kg (30 mg = 6 ml) ☐ ≥60 to <70 kg (35 mg = 7 ml) ☐ ≥70 to <80 kg (40 mg = 8 ml) ☐ ≥80 to <90 kg (45 mg = 9 ml) ☐ ≥90 kg (50 mg = 10 ml) ☐ Morphine 3 mg IV stat ☐ NTG 50 mg+NSS 100 ml IV drip 3-30 ml/hr (keep BP>90/60 mmHg, no chest pain) ☐ EKG 12 lead Post SK/TNK 60 min at _____ น., 90 min at _____ น. ☐ Monitor EKG, Post SK/TNK ทำ EKG OD เข้า * 2 วัน ☐ ดู VDO แนะนำการทำ CAG/PCI และ accept CIN ก่อน refer ทุกครั้ง		☐ Record V/S, I/O ☐ Absolute bed rest ☐ Observe bleeding ☐ Diet _____ <u>Medication</u> ☐ ASA (81) 1 tab oral OD pc ☐ Clopidogrel (75) 1 tab oral OD pc ☐ Ticagrelor (90) 1 tab oral BID pc ☐ ISDN (5) 1 tab SL prn for chest pain ☐ ISDN (10) 1 tab oral TID ac ☐ Enoxaparin (BW _____ kg, CrCL _____ ml/min) ☐ Age < 75yr : 30 mg IV bolus then _____ ml SC q 12 hr x _____ day ☐ Age ≥ 75yr : No IV bolus then _____ ml SC q 12 hr x _____ day ☐ If CrCL < 30 ml/min: No IV bolus then _____ ml SC OD x _____ day ☐ If CrCL < 15 ml/min : Heparin IV drip * 2 days _____ ☐ Atorvastatin (40) 1 tab oral OD hs ☐ Rosuvastatin (20) 1 tab oral OD hs ☐ Beta-Blockers _____ ☐ ACEIs/ARBs _____ ☐ Aldactone (_____) _____ ☐ Senokot 2 tabs oral OD hs ☐ Ativan (1) 1 tab oral OD hs ☐ Omeprazole (20) 1 cap oral OD ac ☐ Omeprazole 40 mg IV OD