# แนวทางการใช้ยา Insulin
# ชนิดหยดต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ

ชื่อ.....

อายุ.....ปี.....เดือน หอผู้ป่วย.....

HN.....

AN.....

| Date / Time | POCT glucose | Plasma glucose | pH | Serum ketone | Serum osmole | Electrolytes | | | | | Fluid status | | IV fluid | Insulin | Others |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Na | K | HCO3 | Cl | Anion gap | In | Out | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

• **ค่า POCT glucose ≤ 70 mg/dL ให้หยุดการให้อินซูลินทุกชนิดทันที** • อาการไม่พึงประสงค์จากภาวะ hypoglycemia ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น หวิว เหงื่อออกมาก ตาลาย หน้ามืด วิงเวียน หิวมาก ตัวเย็น เป็นลม หมดสติ • กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์ให้เขียนอาการแล้วรายงานแพทย์และเภสัชกร (หากมีข้อเสนอแนะแบบแนวทางการใช้ยาติดต่อ ภญ.เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร :โทรศัพท์ 63281)