**ใบส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ**

**[\*\*\*กรุณาส่งแบบบันทึกที่ห้องยา\*\*\*]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลผู้ป่วย** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ชื่อ - สกุล** | | ............................................................................... | | | | | | | | **HN** | | ………..…………………. | | | | | **อายุ** | ………..………… ปี |
| **ที่อยู่** | ..................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | **เบอร์โทร** | | | ........................................ | |
| **เพศ** | หญิง  ชาย | | | **โรคประจำตัว** | | | เบาหวาน  โรคไตเรื้องรัง  หืดหอบ | | ความดันโลหิตสูง  โรคหัวใจ  COPD | | | | | | ไขมันในเลือดสูง  โรคหลอดเลือดสมอง  อื่นๆ ....................................... | | | |
| **Vital sign** | | **BP** ………… / ……..….. | | | | **Pulse** ……...........… | | | **RR** ………..……..… | | | | | **Temp** ………………..… | | | | |
| **ประวัติการแพ้** | | | **ไม่มี** | | | **มี (ระบุชื่อสามัญทางยา)** ………….……………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| **ข้อมูลยาที่สงสัย** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ชื่อยา** | ..................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | **ความแรง** | | | ........................................ | |
| **วิธีใช้ยา** | | .............................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **วันที่ใช้ยาครั้งแรก .**...................................... **วันที่เกิดอาการ** ..................................... **วันที่หยุดใช้ยา** ..................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **อาการไม่พึงประสงค์ ....**...............................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **แหล่งที่รับยา** ............................................................ **เคยได้รับยามาก่อนหรือไม่**  ไ**ม่เคย** **เคย เมื่อ**............................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **การรักษาเบื้องต้น** ........................................................................................................................................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***หมายเหตุ*: *หากมีตัวอย่างยาหรือซองยาที่ระบุชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้แนบหลักฐานดังกล่าวมาด้วย*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **ชื่อผู้รายงาน** .............................................................  **วันที่** ...........................................................................  **เบอร์โทรศัพท์ผู้รายงาน** …….………………………………. | | | | | | | |
| **ส่วนที่ 2 สำหรับเภสัชกรโรงพยาบาล** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **สรุปการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (APR) โดยเภสัชกร** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Certain (ใช่แน่นอน)** | | | | | **Possible (อาจจะใช่)** | | | **Probable (น่าจะใช่)** | | | | | | | | **Unlikely (ไม่น่าใช่)** | | |
| **NOTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สถานพยาบาลที่ให้ข้อมูล .............................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | เภสัชกรผู้ประเมิน......................................................  วันที่ ......................................................................... | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |