**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 ......................................................................... |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |