

แบบคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ รพ.สต.....

ส่วนของผู้ป่วยที่รพ.สต.

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....โรคประจำตัว.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

1. ชื่อยาที่สงสัยแพ้..... ขนาดยาและวิธีใช้..... วันที่เริ่มใช้ยา.....

วันที่หยุดยา..... วันที่เกิดอาการ..... แหล่งที่ได้รับยา.....

ตารางประเมินความสัมพันธ์ของยาและอาการไม่พึงประสงค์

ให้ทำเครื่องหมาย ในช่อง ใช่/ไม่ใช่ /ไม่ทราบ

รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.อาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหลังจากได้รับยา			
2.อาการไม่พึงประสงค์ดีขึ้นเมื่อหยุดยาที่สงสัย			
3.เคยได้รับยาดังนี้แล้วมีอาการไม่พึงประสงค์แบบนี้หรือไม่			
4.อาการไม่พึงประสงค์ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น แพ้สารเคมี แพ้อาหาร หรือโรคภูมิแพ้ของผู้ป่วย			
ถ้าตอบใช่ ≥ 1 ข้อขึ้นไป อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับอาการแพ้ยา ให้ส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ถ้าตอบว่าไม่ใช่ทุกข้อ อาการไม่พึงประสงค์ไม่สัมพันธ์กับยา ให้โทรปรึกษาเภสัชกรอีกครั้ง			

2.ยาอื่นที่ใช้ร่วมด้วย.

- ชื่อยา.....ขนาดยาและวิธีใช้.....วันที่เริ่มใช้ยา.....วันที่หยุดยา.....

- ชื่อยา.....ขนาดยาและวิธีใช้.....วันที่เริ่มใช้ยา.....วันที่หยุดยา.....

- ชื่อยา.....ขนาดยาและวิธีใช้.....วันที่เริ่มใช้ยา.....วันที่หยุดยา.....

3.ลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์

4. หลังเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หยุดใช้ยา ยังใช้ยาต่อ

ส่วนของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลลงรายละเอียดและส่งให้ รพ.สต ดำเนินการ

สรุปอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ยา <input type="checkbox"/> แพ้ยา	
ยาที่สงสัยแพ้.....	
ระดับความน่าจะเป็น <input type="checkbox"/> ใช่แน่นอน (Certain) <input type="checkbox"/> น่าจะใช้ (Probable) <input type="checkbox"/> อาจจะใช้ (Possible) <input type="checkbox"/> ไม่น่าใช้ (Unlikely)	
ผู้ประเมิน..... (เภสัชกร.....)	สิ่งที่ รพ.สต ต้องดำเนินการต่อ <input type="checkbox"/> ลงประวัติแพ้ยาในโปรแกรม JHCIS <input type="checkbox"/> ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยแพ้ยาในแฟ้มประวัติผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังไม่ให้เกิดแพ้ยาซ้ำ/ยาในกลุ่มเดียวกันที่ต้องเฝ้าระวังการใช้คือ.....
ว/ด/ป ที่ประเมิน.....	