

ของ.....(ผู้กินยา) แผนก..... โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

คำแนะนำ : หากพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโปรดปรึกษาเภสัชกร/เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษา โทร.

ตารางกำกับการใช้ยา 3 HP (Rifapentine + Isoniazid 12 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน)						
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ระยะเวลาในการทำงาน.....ปี	สัปดาห์ที่ 1 ว/ด/ป.....	สัปดาห์ที่ 2 ว/ด/ป.....	สัปดาห์ที่ 3 ว/ด/ป.....	สัปดาห์ที่ 4 ว/ด/ป.....	สัปดาห์ที่ 5 ว/ด/ป.....	สัปดาห์ที่ 6 ว/ด/ป.....
Isoniazid (100 mg)เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ Rifapentine (150 mg)เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง INH/Rifapentine (300/300 mg/mg)เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ
ยาอื่นๆที่ท่านใช้อยู่.....						
อาการไม่พึงประสงค์หลังการให้ยาตามทุกครั้งที่ให้ยาผู้ป่วย						
มีไข้ (fever)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อ่อนล้า อ่อนเพลีย (fatigue)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดศีรษะ (headache)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดตามร่างกาย (muscle pain)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปลายประสาทอักเสบ ชาปลายมือ-ปลายเท้า (neuropathy)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท้องเสีย (diarrhea)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ผื่นคัน (rash)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ตับอักเสบ (hepatotoxicity)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่นๆ (other).....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ยาที่คิดว่าเป็นสาเหตุของอาการครั้งนี้						
การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี (ADR management)	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ
รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี โปรดระบุ						

ของ.....(ผู้กินยา) แผนก..... โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

คำแนะนำ : หากพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโปรดปรึกษาเภสัชกร/เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษา โทร.

ตารางกำกับการใช้ยา 3 HP (Rifapentine + Isoniazid 12 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน)						
Isoniazid (100 mg)เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ Rifapentine (150 mg)เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง INH/Rifapentine (300/300 mg/mg)เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ที่ 7	สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 9	สัปดาห์ที่ 10	สัปดาห์ที่ 11	สัปดาห์ที่ 12
	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....
ยาอื่นๆที่ท่านใช้อยู่.....	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ

อาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้ยามทุกครั้งที่ให้ยาผู้ป่วย						
มีไข้ (fever)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อ่อนล้า อ่อนเพลีย (fatigue)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดศีรษะ (headache)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดตามร่างกาย (muscle pain)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปลายประสาทอักเสบ ชาปลายมือ-ปลายเท้า (neuropathy)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท้องเสีย (diarrhea)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ผื่นคัน (rash)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ตับอักเสบ (hepatotoxicity)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุของอาการครั้งนี้						
การจัดการอาการ ไม่พึงประสงค์ในครั้งนี (ADR management)	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> หยุดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาต่อ	<input type="checkbox"/> กินยาครบ
รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี โปรดระบุ						