

แบบฟอร์มบันทึกการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยา 1 HP เพื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง

หน้าที่ ...

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

คำแนะนำ : หากพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโปรดปรึกษาเภสัชกร/เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษา โทร.

ตารางกำกับการใช้ยา 1 HP (Rifapentine + Isoniazid) ระยะเวลา 1 เดือน						
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ระยะเวลาในการทำงาน.....ปี	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....	ว/ด/ป.....
Isoniazid (100 mg) 3 เม็ด หรือ 300 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง และ Rifapentine (150 mg) 4 เม็ด วันละ 1 ครั้ง	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ
ยาอื่นๆที่ท่านใช้อยู่.....						
อาการไม่พึงประสงค์หลังการให้ยาตามทุกครั้งที่ย้ำผู้ป่วย						
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
ยาที่คิดว่าสาเหตุของอาการครั้งนี้						
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						