Latent-TB 03

แบบฟอร์มบันทึกการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยา 1 HP เพื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง หน้าที่ ....

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

***โปรดส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ ภญ.อุษณีย์ อึ้งเจริญ งานเภสัชกรรมฯ กองวัณโรค e-mail: usanee.ung@gmail.com โทรหรือไลน์เบอร์ 0855662199

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..						
อาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้ยาถามทุกครั้งที่ให้ยาผู้ป่วย						
มีไข้ (fever)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
อ่อนล้า อ่อนเพลีย (fatigue)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
ปวดศีรษะ (headache)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
ปวดตามร่างกาย (muscle pain)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
ปลายประสาทอักเสบ ชาปลายมือ-ปลายเท้า (neuropathy)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
ท้องเสีย (diarrhea)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
ผื่นคัน (rash)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
ตับอักเสบ (hepatotoxicity)	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
อาการอื่นๆ (other)...	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี	☐มี ☐ไม่มี
ยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุของอาการครั้งนี้						
การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ (ADR management)	☐หยุดยา...... ☐กินยาต่อ	☐หยุดยา...... ☐กินยาต่อ	☐หยุดยา...... ☐กินยาต่อ	☐หยุดยา...... ☐กินยาต่อ	☐หยุดยา...... ☐กินยาต่อ	☐หยุดยา...... ☐กินยาต่อ
รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ โปรดระบุ						

หมายเหตุ แจ้ง/ปรึกษาเภสัชกร ทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา