

แบบฟอร์มบันทึกการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยา 3 HP

ของ.....(ผู้กินยา)

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตารางกำกับการใช้ยา 3 HP (Rifapentine + Isoniazid 12 ครั้งใน 3 เดือน)							
	สัปดาห์ที่....	สัปดาห์ที่....	สัปดาห์ที่....	สัปดาห์ที่....	สัปดาห์ที่....	สัปดาห์ที่....	สัปดาห์ที่....
Isoniazid ๑๐๐ mg/tab จำนวน เม็ด สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ
Rifapentine ๑๕๐ mg/tab จำนวน เม็ด สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	วันที่/...../.....	วันที่/...../.....	วันที่/...../.....	วันที่/...../.....	วันที่/...../.....	วันที่/...../.....	วันที่/...../.....
อาการผิดปกติหลังการใช้ยาทุกครั้งที่ให้ยาผู้ป่วย							
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	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อ่อนล้า (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	<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	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดตามร่างกาย (abnominal 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	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน (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	<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	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปลายประสาทอักเสบขาปลายมือ-ปลายเท้า	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่นๆ ระบุ.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ระบุ.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
การจัดการอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา.....							
การใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทานที่ ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา.....							

หมายเหตุ แจ้ง/ปรึกษาเภสัชกร ทานที่ ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา