

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

\*\*\*โปรดส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ ญญ.อุษณีย์ อึ้งเจริญ งานเภสัชกรรมฯ กองวัณโรค e-mail: [usanee.ung@gmail.com](mailto:usanee.ung@gmail.com) โทรหรือไลน์เบอร์ 0855662199

| ตารางกำกับการใช้ยา 3 HP (Rifapentine + Isoniazid 12 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน)                            |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| น้ำหนัก.....กิโลกรัม ระยะเวลาในการทำงาน.....ปี                                                         | สัปดาห์ที่ 1<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 2<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 3<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 4<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 5<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 6<br>ว/ด/ป.....                                                |
| Isoniazid (100 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ<br>Rifapentine (150 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   |
| ยาอื่นๆที่ท่านใช้อยู่.....                                                                             |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |
| อาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้ยาตามทุกครั้งที่ทำให้ผู้ป่วย                                               |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |
| 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                |
| ยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุของอาการครั้งนี้                                                                  |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |
| การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ (ADR management)                                                 | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ |
| รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ โปรดระบุ                                                             |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |

หมายเหตุ แจ้ง/ปรึกษาเภสัชกร ทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา

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

\*\*\*โปรดส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ ญญ.อุษณีย์ อึ้งเจริญ งานเภสัชกรรมฯ กองวัณโรค e-mail: [usanee.ung@gmail.com](mailto:usanee.ung@gmail.com) โทรหรือไลน์เบอร์ 0855662199

| ตารางกำกับการใช้ยา 3 HP (Rifapentine + Isoniazid 12 ครั้งใน 3 เดือน)                                   |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        | สัปดาห์ที่ 7<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 8<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 9<br>ว/ด/ป.....                                                | สัปดาห์ที่ 10<br>ว/ด/ป.....                                               | สัปดาห์ที่ 11<br>ว/ด/ป.....                                               | สัปดาห์ที่ 12<br>ว/ด/ป.....                                |
| Isoniazid (100 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ<br>Rifapentine (150 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                                   | ลงชื่อผู้กำกับ<br>.....                                    |
| ยาอื่นๆที่ท่านใช้อยู่.....                                                                             |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                            |
| <b>อาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้ยามทุกครั้งที่ให้ยาผู้ป่วย</b>                                          |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                            |
| 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                                                                  |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                            |
| การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ (ADR management)                                                 | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> หยุดยา.....<br><input type="checkbox"/> กินยาต่อ | <input type="checkbox"/> กินยาครบ                          |
| รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ โปรดระบุ                                                             |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                            |

หมายเหตุ แจ้ง/ปรึกษาเภสัชกร ทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา