



กรมควบคุมโรค
กองวินิจฉัย

สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย

ที่รักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1

Health Diary

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล

อายุ ปี เพศ.....

สัญชาติ อาชีพ

ที่อยู่ปัจจุบัน

..... โทรศัพท์

หมายเลขประจำตัวของการป่วย (TB Number)

หมายเลขประจำตัวที่โรงพยาบาล (HN)

ชื่อผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

โทรศัพท์

จำนวนคนที่นอนบ้านเดียวกับผู้ป่วย : อายุต่ำกว่า 5 ปี คน
และตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป คน

ประเภทการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

วันที่เริ่มรักษา สูตรยา

น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม.)

ผลเสมหะ (AFB) ก่อนเริ่มรักษา

วันที่คาดว่าจะรักษาครบ

ผลตรวจการดื้อยาวัณโรค (DST) ก่อนเริ่มรักษา

วันที่เก็บเสมหะ

ชื่อสถานที่รักษา

ชื่อเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาล

โทรศัพท์

ชื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลผู้ป่วย

..... โทรศัพท์

คำนำ

วัณโรคยังมีอยู่ในประเทศไทย ซึ่งวัณโรคติดต่อโดยการหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกาย หากใครที่ร่างกายอ่อนแอ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย **แต่วัณโรครักษาหายถ้าคนไข้กินยาทุกวันจนครบกำหนด**

การรักษาวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งยารักษาวัณโรคอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผื่น คัน ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว ซาปลายมือปลายเท้า เป็นต้น โดยอาการข้างเคียงจะมีมากในช่วง 2 เดือนแรก และค่อยๆ หายไป ดังนั้นคนไข้ต้องอดทน กินยาทุกมื้อและจดไว้ทุกวัน จดอาการข้างเคียงไว้ด้วย เพื่อหมอจะได้ให้ยารักษาอาการต่างๆ ได้ถูกต้อง ถ้าคนไข้ลืมกินยา ท้ายาหาย หรือยาหมด ขอให้รีบโทรศัพท์แจ้งพยาบาล เพราะการไม่กินยาทุกวันอาจทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา ซึ่งรักษายากต้องกินยารักษานาน 1-2 ปี

สมุดบันทึกเล่มนี้จัดทำให้ **คนไข้วัณโรค** และคนที่ช่วยดูแลการกินยาของคนไข้ มีวัตถุประสงค์คือ ให้ความรู้เรื่องวัณโรค การรักษา การดูแลตัวเอง และจัดการกินยา ขอให้คนไข้ นำสมุดบันทึกไปโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อหมอจะได้รู้ว่าคนไข้มีอาการดีขึ้นมากหรือน้อย ช่วยในการสั่งยาให้ถูกต้องและคนไข้รักษาหายได้ในที่สุด

1

สาเหตุ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ มัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลสิส รูปร่างเป็นแท่งเล็กๆ มีขนาดเล็กมาก จนมองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ต้องย้อมสีพิเศษและดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จึงจะเห็นตัวเชื้อวัณโรค

วัณโรคเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ต่อม้ำเหลือง ผิวหนัง กระดูก สมอง เป็นต้น แต่ส่วนมากเป็นที่ปอด เรียกว่า วัณโรคปอด

2

อาการวัณโรคปอด

1. ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์
2. ไอแห้งหรือมีเสมหะ และอาจมีไอเป็นเลือด
3. มีไข้ต่ำๆ อาจเกิดตอนบ่าย ตอนเย็น หรือตอนกลางคืน และอาจมีเหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน
4. อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง
5. เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก

หมายเหตุ คนใช้วัณโรคที่ป่วยระยะเริ่มแรก อาจไม่มีอาการใดๆ

3

การติดต่อ

วัณโรคติดต่อทางการหายใจ เชื้อจะแพร่จากผู้ป่วยวัณโรคไปสู่คนอื่นทางละอองเสมหะขนาดเล็ก ซึ่งเกิดจากการไอ จาม โดยพบว่าการไอหนึ่งครั้ง เกิดละอองเสมหะจำนวนมาก ซึ่งละอองเสมหะเหล่านี้ สามารถอยู่ในอากาศหลายชั่วโมง และเมื่อมีคนหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกายแล้ว เชื้อวัณโรคเข้าไปจนถึงถุงลมปอด และเกิดอาการอักเสบได้

คนไข้สามารถป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโรคให้คนใกล้ชิด ด้วยวิธีต่อไปนี้

1. สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่นอกบ้าน และในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง โดยสวมนานจนกว่าหมอหรือพยาบาลบอกคนไข้ว่าไม่พบเชื้อไวรัสโรคในเสมหะแล้ว หากไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอจาม
2. ช่วงแรกที่เริ่มรักษาและหมอบอกว่ายังตรวจพบเชื้อไวรัสโรคในเสมหะของคนไข้ ให้นอนคนเดียวเพื่อไม่ให้คนใกล้ชิดติดไวรัสโรค
3. จัดสถานที่ในบ้านให้สะอาด เช่น นำที่นอน หมอน มุ้ง ไปตากแดด เปิดหน้าต่าง ประตู ให้อากาศถ่ายเท
4. เมื่ออยู่บ้าน อย่างนั่งเหนือลม ให้นั่งใต้ลม หรือนั่งไกลจากพัดลม ไม่มีคนอื่นนั่งข้างหลังคนไข้
5. เมื่ออยู่บ้านหากเสมหะใส่ถุงพลาสติก โดยใส่น้ำยาล้างจาน หรือน้ำผสมผงซักฟอกไว้ในถุงพลาสติกนั้น และเทเสมหะทิ้งในโถส้วม
6. ไม่หากเสมหะลงพื้น ไม่หากเสมหะในห้องน้ำ
7. หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส ให้สวมหน้ากากอนามัย
8. หากไปในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ให้สวมหน้ากากอนามัย

4

การดูแลตนเอง

1. วัคซีนโรครักษาให้หายได้ โดยกินยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
2. กินยาทุกชนิด ทุกเม็ด ทุกวัน
3. มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
4. มีอาการข้างเคียงมาก ควรพบหมอทันที เช่น
 - ก. คลื่นไส้ อาเจียนมาก
 - ข. ตัวเหลือง ตาเหลือง
 - ค. อ่อนเพลีย ลุกเดินไม่ไหว
 - ง. ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว หลังจากกินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น
 - จ. มีผื่นทั่วตัว มีไข้ มีแผลในช่องปาก
5. กินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้
6. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
7. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์
8. หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะทำให้กรดในกระเพาะหลังมากขึ้น
9. งดสูบบุหรี่ขณะรักษาไวรัสโรค
10. พักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ
11. ออกกำลังกายเหมาะสม สม่ำเสมอ
12. ลดความวิตกกังวลและขจัดความเครียด

4

บันทึกสุขภาพ

คนไข้ควรรักษาความสะอาดอื่นๆ เพื่อให้ร่างกายไม่ป่วยเป็นโรคอื่นอีก

1. ล้างมือบ่อยๆ เช่น ก่อนกินข้าว หรือ หลังจากเข้าห้องน้ำ
2. ใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับคนอื่น
3. ไม่ใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกับคนอื่น

คำแนะนำในการเก็บยารักษาโรคไว้ที่บ้าน

คนไข้ทุกคนมีคุณดูแลการกินยา และ คนไข้ควรฝากยาไว้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานีนอนามัยและไปรับยามาเก็บไว้ที่บ้านครั้งละ 1 สัปดาห์ **คนไข้ไม่ควรเก็บยาทั้งเดือนไว้ที่บ้านเพราะยารักษาโรคมีโอกาสเสื่อมได้** ถ้าเก็บไว้บริเวณที่มีแสงแดดส่อง มีความร้อน (อุณหภูมิเกิน 30 องศาเซลเซียส) และบริเวณที่ชื้น วิธีการเก็บยารักษาโรคที่บ้านให้ถูกต้องมีดังนี้

1. เก็บยารักษาไว้ในกล่องพลาสติกที่กันน้ำ
2. แยกยาออกจากซองยาก่อนกินยาเท่านั้น เพราะหากแยกยาจากซองไว้ล่วงหน้า อาจทำให้ยาขึ้นได้
3. ไม่แขวนกล่องยาหรือยารักษาไว้บริเวณผนังบ้าน เพราะผนังบ้านมีแดดส่องด้านนอก ทำให้ผนังร้อนมาก
4. ไม่เก็บกล่องยาไว้บนหลังตู้เย็น ใกล้หม้อหุงข้าว หรือใกล้กระติกน้ำร้อน

5 อาการข้างเคียงของยารักษาโรค ด้วยสูตรยาแนวที่ 1

การกินยารักษาโรคอาจทำให้เกิดอาการอื่นร่วมด้วย คนไข้ควรสังเกตอาการเหล่านี้ และจดอาการไว้ในสมุดเล่มนี้ทุกวันเพื่อช่วยให้หมอทำการรักษาได้ถูกต้อง

1. คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
2. เบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย
3. ชาปลายมือ ปลายเท้า
4. ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดเมื่อยตามตัว
5. มีผื่นคันตามตัว
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง
7. สายตาฝ้าฟาง มองไม่ชัดเจน

6

ข้อควรจำที่สำคัญมาก

1. การกินยารักษาวัณโรคต้องกินยาต่อเนื่อง จนครบการรักษา (อย่างน้อย 6 เดือน)
2. การกินยาไม่ต่อเนื่องทุกวันหรือขาดยาเป็นสิ่งที่อันตรายมาก เพราะทำให้รักษาไม่หาย และอาจเกิดวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยา
3. ถ้าลืมกินยา ให้กินยามื้อที่ลืมทันทีที่นึกได้ และให้กินยามื้อต่อไปซึ่งเป็นวันเดียวกัน ห่างกันนานที่สุด ถ้ากังวลว่าทำไม่ถูกต้อง ขอให้รีบโทรสอบถามพยาบาลที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. เมื่อกินยารักษาวัณโรคได้ 2-3 สัปดาห์ อาการป่วยอาจดีขึ้น ห้ามหยุดยาเองต้องกินยาต่อไปอีกจนครบการรักษา (อย่างน้อย 6 เดือน)
5. การรักษาวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยา มีโอกาสหายน้อยมากต้องใช้เวลารักษานานขึ้น
6. ขอให้บอกคนที่นอนในบ้านเดียวกับคนไข้ หรือคนที่ใกล้ชิดกัน มาตรวจวัณโรคที่โรงพยาบาล เพราะมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเด็กต้องกินยาป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค

วิธีการเก็บเสมหะที่ถูกต้อง เพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค

1. เก็บเสมหะในที่โล่งมีแสงแดดส่อง ห้ามเก็บเสมหะในห้องน้ำ ห้ามเก็บเสมหะในบ้าน
2. เก็บเสมหะตอนเช้า หลังจากตื่นนอนทันที
3. ให้บ้วนปากให้สะอาดและเก็บเสมหะก่อนแปรงฟัน
4. ให้ยกกระปุกเสมหะให้ชิดริมฝีปากล่าง ขากเสมหะ 1 ซ่อนซาและปิดฝาให้สนิท
5. ห้ามส่งน้ำลายตรวจ
6. นำกระปุกเสมหะส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าฉีดยาด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าฉีดยาด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่ยากินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าได้ยินด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าฉีดยาด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่ยากินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยานบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าได้ยินด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✗ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าฉีดยาด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่ยากินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✗ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าได้ยินด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าฉีดยาด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่ยากินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าได้ยินด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าฉีดยาด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่ยากินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยายาลเขียนเครื่องหมาย ✗ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าได้ยินด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✗ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา ว/ด/ป	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
อาการ	<input type="checkbox"/>																													
1. คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/>																													
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>																													
3. ขาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/>																													
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>																													
5. มีผื่น คัน	<input type="checkbox"/>																													
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>																													
7. สายตามัว มองไม่ชัด	<input type="checkbox"/>																													
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้าฉีดยาด้วย)	<input type="checkbox"/>																													
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>																													
11. ไม่ได้กินยา	<input type="checkbox"/>																													

- หมายเหตุ** 1. วันที่ยากินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย O ในข้อ 11
 3. วันที่งดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย ✕ ตรงกับวันที่ในแถว ว/ด/ป

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกผลการรักษา

วันที่.....

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1. รักษาหาย | <input type="radio"/> 4. เสียชีวิตระหว่างรักษา |
| <input type="radio"/> 2. กินยาครบ | <input type="radio"/> 5. ขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน |
| <input type="radio"/> 3. ล้มเหลวต่อการรักษา | <input type="radio"/> 6. โอนออกไปไม่ทราบผลการรักษา |

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกการส่งต่อ/การขอโอนย้าย

วันที่ส่ง

ทะเบียนเลขที่ (TB No.)

ชื่อเจ้าหน้าที่ที่ส่งต่อ/โอนย้าย

โทรศัพท์

สถานพยาบาลที่ส่ง

ประเภทการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

ระบบยา

สถานพยาบาลที่รับ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
2. International Council of Nurses. Nursing guide for managing side effects to drug-resistant TB treatment. Geneva, 2018.
3. Williams G, Tudor C, Jittimane S et al. Best practice for the care of patients with tuberculosis: a guide for low-income countries. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2017.



กรมควบคุมโรค
กองวันโรค



สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย
ที่รักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1
Health Diary