แบบฟอร์มบันทึกการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยา 3 HP เพื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง Latent TB-02 **หน้าที่ 1**

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

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

ตารางกำกับการใช้ยา 3 HP (Rifapentine + Isoniazid 12 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน)						
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ระยะเวลาในการทำงาน.....ปี	**สัปดาห์ที่ 1** ว/ด/ป.....	**สัปดาห์ที่ 2** ว/ด/ป.....	**สัปดาห์ที่ 3** ว/ด/ป.....	**สัปดาห์ที่ 4** ว/ด/ป.....	**สัปดาห์ที่ 5** ว/ด/ป.....	**สัปดาห์ที่ 6** ว/ด/ป.....
Isoniazid (100 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ Rifapentine (150 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง INH/Rifapentine (300/300 mg/mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 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						

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

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

ตารางกำกับการใช้ยา 3 HP (Rifapentine + Isoniazid 12 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน)						
Isoniazid (100 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ Rifapentine (150 mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง INH/Rifapentine (300/300 mg/mg) .....เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ยาอื่นๆที่ท่านใช้อยู่.....	**สัปดาห์ที่** 7 ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้กำกับ	**สัปดาห์ที่ 8** ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้กำกับ	**สัปดาห์ที่ 9** ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้กำกับ	**สัปดาห์ที่** 10 ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้กำกับ	**สัปดาห์ที่ 11** ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้กำกับ	**สัปดาห์ที่** 12 ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้กำกับ .....
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.....	□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	**□ กินยาครบ**
รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ โปรดระบุ						

หมายเหตุ แจ้ง/ปรึกษาเภสัชกร ทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา