

ตารางกำกับการใช้ยา รักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น ๙ เดือน ของเดือนที่.....

ระหว่างวันที่.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

ยาที่ใช้เดือนนี้/ขนาดยาต่อวัน	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7	วันที่ 8	วันที่ 9	วันที่ 10	วันที่ 11	วันที่ 12	วันที่ 13	วันที่ 14	วันที่ 15	วันที่ 16														
/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....													
	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา													
Kanamycin.....mg./วัน	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น		
Moxifloxacin.....mg./วัน																														
Clofazimine.....mg./วัน																														
Ethambutol.....mg./วัน																														
Isoniazid.....mg./วัน																														
Pyrazinamide.....mg./วัน																														
Prothionamide...mg./วัน																														
อาการผิดปกติ หลังการใช้ยา ตามทศครั้งที่ให้ยาผู้ป่วย	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
หุ้ือ																														
คลื่นไส้ อาเจียน																														
มองเห็นภาพหลอน/ฝันร้าย																														
ผิวหนังสีคล้ำ																														
ไข้																														
ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ																														
ชาตามปลายมือ																														
ผื่นหรือคันเล็กน้อย																														
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง																														
เวียนหัว, รู้สึกบ้านหมุน																														
ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
ตามัว มองไม่ชัด																														
อื่นๆ.....																														

หมายเหตุ แจง/ปรึกษาเภสัชกร ทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์

ผู้กำกับการกินยา (ระบุหมายเลขผู้กำกับการกินยาในวันที่กำกับการกินยา) 1.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2.) อสม. 3.) ผู้นำ/แกนนำชุมชน 4.) VOT

การสอบถามอาการผิดปกติหลังการใช้ยา ให้ใส่เครื่องหมาย√ ในช่อง ว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการ

ยาที่ใช้เดือนนี้/ขนาดยาต่อวัน	ตารางกำกับการใช้ยา รักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น ๙ เดือน ของเดือนที่.....																													
	ระหว่างวันที่.....																													
	ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....																													
	วันที่ 17	วันที่ 18	วันที่ 19	วันที่ 20	วันที่ 21	วันที่ 22	วันที่ 23	วันที่ 24	วันที่ 25	วันที่ 26	วันที่ 27	วันที่ 28	วันที่ 29	วันที่ 30	วันที่ 31															
...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....	
ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	ผู้กำกับการกินยา	
เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	เข้า	เย็น	
Kanamycin.....mg./วัน																														
Moxifloxacin.....mg./วัน																														
Clofazimine.....mg./วัน																														
Ethambutol.....mg./วัน																														
Isoniazid.....mg./วัน																														
Pyrazinamide.....mg./วัน																														
Prothionamide...mg./วัน																														
อาการผิดปกติ หลังการใช้ยา ตามทศครั้งที่ให้ยาผู้ป่วย	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
หูอื้อ																														
คลื่นไส้ อาเจียน																														
มองเห็นภาพหลอน/ฝันร้าย																														
ผิวหนังสีกคล้ำ																														
ไข้																														
ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ																														
ขาตามปลายมือ																														
ผื่นหรือคันเล็กน้อย																														
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง																														
เวียนหัว, รู้สึกบ้านหมุน																														
ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
ตามัว มองไม่ชัด																														
อื่นๆ.....																														
การจัดการอาการผิดปกติ/ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา.....																														

หมายเหตุ แจง/ปรึกษาเภสัชกร ทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์

ผู้กำกับการกินยา (ระบุหมายเลขผู้กำกับการกินยาในวันที่กำกับการกินยา) 1.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2.) อสม. 3.) ผู้นำ/แกนนำชุมชน 4.) VOT

การสอบถามอาการผิดปกติหลังการใช้ยา ให้ใส่เครื่องหมาย√ ในช่อง ว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการ