

ตารางกำกับการใช้ยา XDR TB รายสัปดาห์ ของ.....							
ระหว่างวันที่ เดือน..... พ.ศ. 25.....							
วัน/เดือน/ปี	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
	26/12/2559	27/12/2559					
Capriomycin 800 mg IM เฉพาะวัน จันทร์-ศุกร์	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ
Bedaquiline 100 mg/tab จำนวน 4 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวัน							
LineZolid 600 mg/tab จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวัน							
Moxifloxacin 400 mg/tab จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวัน							
Clofazimine 100 mg/tab จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวัน							
อาการผิดปกติ หลังการใช้ยา ตามทุกครั้งที่ยาผู้ป่วย							
ใจสั่น เจ็บหน้าอก วูบ	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
การได้ยินลดลง หูดับ	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
เดินเซ มีปัญหาการทรงตัว	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
ปวดบริเวณที่ฉีดยา	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
บัสสาวะไม่ออก บวม	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
ตาพร่ามัว	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
ปลายประสาทอักเสบ ชาปลายมือ-ปลายเท้า	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
เพื่อยึด	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
ปวดบริเวณเส้นเอ็น	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
สีผิวคล้ำขึ้น	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
อาการอื่นๆ ระบุ.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ระบุ.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
การจัดการอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา.....							
การใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทานที่ ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา.....							

หมายเหตุ แจ้ง/ปรึกษาเภสัชกร ทันทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา