**ส่วนของเจ้าหน้าที่รพ.สต.**

ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์วันที่.................................เดือน................................................พ.ศ. ........................

ชื่อผู้ป่วย..................................................................................................อายุ...........................น้ำหนัก.............................

ที่อยู่......................................................................................................................เบอร์โทรศัพท์.........................................

1.ชื่อยาที่สงสัยแพ้...........................................ขนาดยาและวิธีใช้...............................วันที่เกิดอาการ...................................

เคยใช้ยาชนิดนี้มาก่อนหรือไม่ □ เคย เมื่อ………………………………………… □ ไม่เคย □ประวัติไม่ชัดเจน

วันที่เริ่มใช้ยา...................................วันที่หยุดยา............................................แหล่งที่ได้รับยา.............................................

**ตารางประเมินความสัมพันธ์ของยาและอาการไม่พึงประสงค์**

ให้ทำเครื่องหมาย 🗹 ในช่อง ใช่/ไม่ใช่

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายละเอียด | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1.เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นหลังจากได้รับยา |  |  |
| 2.อาการไม่พึงประสงค์ดีขึ้นเมื่อหยุดยาที่สงสัยหรือเมื่อให้ยาต้านที่จำเพาะเจาะจง |  |  |
| 3.อาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอีกเมื่อเริ่มใช้ยาใหม่ |  |  |
| 4.ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นสามารถเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากยาที่สงสัย |  |  |
| 5.ผู้ป่วยเคยมีปฏิกิริยาคล้ายกันนี้มาแล้วเมื่อได้รับยาครั้งก่อน |  |  |
| ถ้าตอบใช่ > 1 ข้อขึ้นไป อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับอาการแพ้ยา ให้ส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล  ถ้าตอบว่าไม่ใช่ทุกข้อ อาการไม่พึงประสงค์ไม่สัมพันธ์กับยา ให้โทรปรึกษาเภสัชกรอีกครั้ง | | |

2.ยาอื่นที่ใช่ร่วมด้วย.

- ชื่อยา......................................................ขนาดยาและวิธีใช้...........................วันที่เริ่มใช้ยา....................วันที่หยุดยา.........................

- ชื่อยา......................................................ขนาดยาและวิธีใช้...........................วันที่เริ่มใช้ยา....................วันที่หยุดยา.........................

- ชื่อยา......................................................ขนาดยาและวิธีใช้...........................วันที่เริ่มใช้ยา....................วันที่หยุดยา.........................

3.ลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ ……………………………………………………….…………………………………………………………………………….

……………………………………………….…………………………………………………………………………….…………….……………………………………………

**..............................................................................................................................................................................**

**ส่วนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลงรายละเอียดและส่งให้ รพ.สต ดำเนินการ**

|  |  |
| --- | --- |
| สรุปอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา | |
| ชื่อยาที่สงสัยแพ้................................................ระดับความน่าจะเป็น □ ใช่แน่นอน □ น่าจะใช่ □ อาจจะใช่ □ ไม่ใช่ | |
| ผู้ประเมิน..........................................................  ( เภสัชกร........................................................)  ว/ด/ป ที่ประเมิน............................................... | **สิ่งที่ รพ.สต ต้องดำเนินการต่อ**  □ลงประวัติแพ้ยาในโปรแกรม JHCIS  □ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยแพ้ยาในแฟ้มประวิติผู้ป่วย  □เฝ้าระวังไม่ให้เกิดแพ้ยาซ้ำ/ยาในกลุ่มเดียวกันที่ต้องเฝ้าระวังการใช้คือ......................................................................... |