 **บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ

**ที่**  **วันที่**

#### เรื่อง ขอส่งรายงานผลการปฏิบัติงานเภสัชกรรม

#### เรียน ผู้อำนวยการกองเภสัชกรรม

 ศูนย์บริการสาธารณสุข ......... ขอส่งรายงานผลการปฏิบัติงานเภสัชกรรม ประจำเดือน ........................ ปีงบประมาณ .............. จำนวน ........ ฉบับ ดังนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (ME)  | ........ ฉบับ |
| 2. | รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) | ........ ฉบับ |
| 3. | รายงานการเฝ้าระวังยาที่มีความสี่ยงสูง (HAD) | ........ ฉบับ |
| 4. | รายงานการประเมินการใช้ยา (DUE) | ........ ฉบับ |
| 5. | รายงานประจำเดือนงานเภสัชกรรม | ........ ฉบับ |
| 6. | รายงานเภสัชกรรมตามตัวชี้วัด RDU 16 ตัวชี้วัด (ช่วงเวลาประมวลผล ตั้งแต่ 1 ต.ค.-วันสิ้นสุดของเดือนที่รายงาน) | ........ ฉบับ |
| 7. | รายงานปริมาณขยะยาจากบ้านเรือนประชาชน | ........ ฉบับ |
| 8. | แบบสรุปรายงานกิจกรรมร้านยาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักอนามัย  | ........ ฉบับ |
| 9. | แบบบันทึกการเฝ้าระวังโรคติดต่อ/ไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ (แบบ ฝ.1) **(เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ zero report**) | ........ ฉบับ |
| 10. | แบบบันทึกการเฝ้าระวังปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (แบบ ฝ.2) **(เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ zero report**) | ........ ฉบับ |
| 11. | แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรร้านยาเครือข่ายฯ (แบบ สต.1) **(เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ zero report**) | ........ ฉบับ |
| 12. | รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (แบบ ร.ขจ. 2/เดือน) | ........ ฉบับ |
| 13. | รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 (แบบ ร.ว.จ. 3/4/เดือน) | ........ ฉบับ |
| 14. | รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (แบบ ร.ขจ. 2/ปี) | ........ ฉบับ |
| 15. | รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 (แบบ ร.ว.จ. 3/4/ปี) | ........ ฉบับ |
| 16. | รายงานยาและเวชภัณฑ์ขาดคราว (ส่งเฉพาะเดือนที่มีการขาดคราว) | ........ ฉบับ |

####  จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

**แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ประจำเดือน …...........................… ปีงบประมาณ.................**

**ศูนย์บริการสาธารณสุข ................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายละเอียด** | **หน่วย** | **ผลการดำเนินการ** |
| 1 | จำนวนใบสั่งยาทั้งหมดที่มียา+ใบสั่งยาวัคซีนในกรณีที่วัคซีนจ่ายจากห้องยา | ใบ |  |
| 2 | จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด | ครั้ง |  |
|  | - ในขั้นตอนการ**สั่งใช้ยา**ที่คลาดเคลื่อน | ครั้ง |  |
|  | - ในกระบวนการ**ก่อนการจ่ายยา**ที่คลาดเคลื่อน | ครั้ง |  |
|  | - ในขั้นตอน**การจ่ายยา**ที่คลาดเคลื่อน | ครั้ง |  |
| 3 | อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมดที่พบจากใบสั่งยา | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา(เป้าหมาย: ไม่เกิน 65/1000) |  |
|  | - Prescribing error | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา(เป้าหมาย: ไม่เกิน 30/1000) |  |
|  | - Pre-dispensing error | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา(เป้าหมาย: ไม่เกิน 30/1000) |  |
|  | - Dispensing error | ครั้ง/1000 ใบสั่งยา(เป้าหมาย: ไม่เกิน 5/1000) |  |
| 4 | จำนวนผู้ป่วยที่ต้องบริหารยาในทุกคลินิก\* | ราย |  |
|  | จำนวนความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในทุกคลินิก\* | ครั้ง |  |
|  | อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) | ครั้ง/1000 ราย(เป้าหมาย: ไม่เกิน 5/1000) |  |
| 5 | ผลของความคลาดเคลื่อน |  |  |
|  | * ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป\*\*
 | ครั้ง |  |

หมายเหตุ \* คลินิกที่มีการบริหารยา เช่น ห้องปฏิบัติการพยาบาล, คลินิกยาเสพติด, คลินิกวัณโรค, คลินิกกามโรค, ทันตกรรม, อนามัยโรงเรียน, เยี่ยมบ้าน, หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และศูนย์สาขา

 \*\* ความคลาดเคลื่อนระดับ E หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

**ลงชื่อ ................................................................**

**ตำแหน่ง ...........................................................**

**แบบรายงานยาและเวชภัณฑ์ขาดคราว (เฉพาะที่มีผลกระทบกับผู้รับบริการ)**

**ประจำเดือน …...........................… ปีงบประมาณ.................**

**ศูนย์บริการสาธารณสุข ................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **รายการ** | **จำนวน** | **หน่วย** |
| 1 | จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและเวชภัณฑ์เนื่องจากยาขาดคราวทั้งหมด |  | ครั้ง |
|  | * เนื่องจากยาขาดคลัง ศบส.
 |  | ครั้ง |
|  | * เนื่องจากยาขาดจากกองเภสัชกรรม
 |  | ครั้ง |
| 2. | รายการยาและเวชภัณฑ์ที่ขาดคลัง ศบส. |  |  |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
| 3. | รายการยาที่ขาดจากกองเภสัชกรรม |  |  |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |
|  |  |  | ครั้ง |

หมายเหตุ \* รายการยาและเวชภัณฑ์ขาดคราว หมายถึง รายการยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือได้รับยา ไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง

 \*\* ส่งเฉพาะเดือนที่มียาและเวชภัณฑ์การขาดคราว

**ลงชื่อ ................................................................**

**ตำแหน่ง ...........................................................**

|  |
| --- |
| **แบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................** |
| **ประจำเดือน............................ ปีงบประมาณ..........** |
|  |  |  |
| **หัวข้อ** | **จำนวน** | **หน่วย** |
| **1. ประวัติเก่า** |  |  |
| - แพ้ยา |  | ราย |
| - อาการข้างเคียง |  | ราย |
| **2. ศูนย์บริการสาธารณสุขประเมิน** |  |  |
| - แพ้ยา (ประเมินด้วย Naranjo’s algorithym) |  | ราย |
| - อาการข้างเคียง |  | ราย |
| - ไม่ใช่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา |  | ราย |
| **3. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทั้งหมด (1+2)** |  | ราย |

**รายการยาที่ผู้ป่วยแพ้และศูนย์บริการสาธารณสุขประเมินด้วย Naranjo’s algorithym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการยา** | **อาการที่พบ** | **จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับที่ประเมินได้****(ราย)** |
| **ใช่แน่**(definite) | **น่าจะใช่** (probable) | **อาจจะใช่** (possible) | **สงสัย**(doubtful) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วย 1 ราย แพ้ยามากกว่า 1 รายการ (ใช้ยาร่วมกันหลายตัว) กรุณากรอกข้อมูล 1 รายการยาต่อ 1 ข้อ

 *ยกเว้น* ยาสูตรผสม ถือเป็น 1 รายการ เช่น triferdine, nasotapp, poly-oph เป็นต้น

**รายการยาที่พบอาการข้างเคียง** (เฉพาะรายใหม่)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการยา** | **อาการที่พบ** | **จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการข้างเคียง (ราย)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

หมายเหตุ รายการยา 1 รายการ อาจพบอาการข้างเคียงมากกว่า 1 อาการ ให้กรอกข้อมูลแยกตามอาการที่พบด้วย

**ลงชื่อ.............................................................**

**ตำแหน่ง.........................................................**

**ตัวอย่างการกรอกแบบรายงาน**

**รายการยาที่ผู้ป่วยแพ้และศูนย์บริการสาธารณสุขประเมินด้วย Naranjo’s algorithym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการยา** | **อาการที่พบ** | **จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับที่ประเมินได้****(ราย)** |
| **ใช่แน่**(definite) | **น่าจะใช่** (probable) | **อาจจะใช่** (possible) | **สงสัย**(doubtful) |
| 1 | Simethicone/Domperidone /Hyoscine-N-butylbromide | ผื่นคัน |  |  | 1 |  |

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วย 1 ราย แพ้ยามากกว่า 1 รายการ (ใช้ยาร่วมกันหลายตัว) กรุณากรอกข้อมูล 1 รายการยาต่อ 1 ข้อ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการยา** | **อาการที่พบ** | **จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับที่ประเมินได้****(ราย)** |
| **ใช่แน่**(definite) | **น่าจะใช่** (probable) | **อาจจะใช่** (possible) | **สงสัย**(doubtful) |
| 1 | Simethicone | ผื่นคัน |  |  | 1 |  |
| 2 | Domperidone | ผื่นคัน |  |  | 1 |  |
| 3 | Hyoscine-N-butylbromide | ผื่นคัน |  |  | 1 |  |

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วย 1 ราย แพ้ยามากกว่า 1 รายการ (ใช้ยาร่วมกันหลายตัว) กรุณากรอกข้อมูล 1 รายการยาต่อ 1 ข้อ

**รายการยาที่พบอาการข้างเคียง** (เฉพาะรายใหม่)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการยา** | **อาการที่พบ** | **จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการข้างเคียง (ราย)** |
| 1 | Amlodipine | อ่อนเพลีย (fatigue) | 5 |
| 2 | Amlodipine  | เวียนศีรษะ (dizziness) | 3 |
| 3 | Amlodipine | ขาบวม | 3 |
| 4 | Amlodipine | คลื่นไส้ | 3 |
| 5 | Amlodipine | หัวใจเต้นเร็ว (palpitation) | 1 |

หมายเหตุ รายการยา 1 รายการ อาจพบอาการข้างเคียงมากกว่า 1 อาการ ให้กรอกข้อมูลแยกตามอาการที่พบด้วย

|  |  |
| --- | --- |
| **ไม่ต้องส่งกองเภสัชกรรมกรรม**

|  |
| --- |
| **แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข)** |

 |
| **ประจำเดือน........................................... พ.ศ.......................** |
| **ศูนย์บริการสาธารณสุข .............................................** |
| **ลำดับ** | **ว/ด/ป** | **HN** | **ชื่อ-นามสกุล** | **ประวัติเดิมผู้ป่วย** | **บัตรแพ้ยา** | **Visit ด้วย ADR** | **ชื่อยา** | **อาการที่แพ้ยาและอาการข้างเคียง** | **บันทึกใน OPD** | **บันทึกใน HCIS** |
| **มีบัตรที่อื่น** | **มีบัตร ศบส.** | **บันทึก** | **วันที่** | **บันทึก** | **วันที่** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**รายการยาและเกณฑ์การเฝ้าระวังด้านยาที่มีความเสี่ยงหรือต้องระมัดระวังสูง ปีงบประมาณ 2562**

 **ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประเภท/คลินิก** | **ลำดับที่** | **รายการยา** | **Criteria** |
| ยาฉุกเฉินEmergency drug set | 1 | Adrenaline injection 1 mg/mL กรณี parenteral use | ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกราย |
| จิตเวช | 2 | Carbamazepine 200 mg tablet | ผู้ป่วยที่ได้รับยาครั้งแรกทุกราย เป็นเวลา 3 เดือน |
| 3 | Clozapine 25 mg tablet | ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกรายต่อเนื่อง |
| 4 | Methylphenidate 10 mg tablet | ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกรายต่อเนื่อง |
| 5 | Lithium carbonate 300 mg capsule | ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกรายต่อเนื่อง |
| ทั่วไป | 6 | Allopurinol  | ผู้ป่วยที่ได้รับยาครั้งแรกทุกราย เป็นเวลา 3 เดือน  |
| 7 | Digoxin 0.25 mg tablet | ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกรายต่อเนื่อง |
| 8 | Glibenclamide 5 mg  | ผู้ป่วยที่ได้รับยารายใหม่ทุกรายหรือมีประวัติ Hypoglycemia หรือFBS < 100 mg/ml |
| 9 | Glipizide 5 mg (Sulfonylurea) |
| 10 | Biphasic isophane insulin (vial 10 ml) |
| 11 | Biphasic isophane insulin (Cartridge 3 ml) |
| 12 | Isophane insulin (vial 10 ml) |
| 13 | Isophane insulin (Cartridge 3 ml) |
| 14 | Insulin aspart 30%, insulin aspart with protamine 70% (Cartridge 3 ml) |
| 15 | Regular Insulin (vial 10 ml) |
| 16 | Phenobarbital 30, 60 mg tablet | ผู้ป่วยที่ได้รับยาครั้งแรกทุกราย เป็นเวลา 3 เดือน |
| 17 | Phenytoin 100 mg capsule promp release | ผู้ป่วยที่ได้รับยาครั้งแรกทุกราย เป็นเวลา 3 เดือนติดตามการแพ้ยาที่รุนแรง (serious ADR) หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกรายต่อเนื่องเฝ้าระวังอาการเหงือกบวม/หนาขึ้น |
| 18 | Theophylline 200 mg | ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกราย |
| **รวม 18 รายการ** |

**หมายเหตุ** ศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งสามารถกำหนด/ปรับปรุงรายการยาและเกณฑ์การเฝ้าระวังด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยตามบริบทของตนเอง ทั้งนี้ต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของศูนย์ฯ นั้นๆ

**แบบรายงานการเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงหรือต้องระมัดระวังสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข.................................................**

ประจำเดือน.................................... ปีงบประมาณ..............

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการยา****ที่ต้องระมัดระวังสูง\*** | **จำนวนการเฝ้าระวัง** **(ครั้ง)** | **จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการ****ไม่พึงประสงค์ (ราย)** | **อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ** |
| 1 | Adrenaline injection Inj. 1 mg/mL กรณี parenteral use |  |  |  หัวใจเต้นเร็วหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง ปลายมือปลายเท้าเขียว extravasation  อื่นๆ ระบุ ............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย........... ราย........... ราย |
| 2 | Carbamazepine 200 mg tablet |  |  |  การแพ้ยาที่รุนแรง (serious ADR) (3 เดือนแรก)ระบุ.......................................................... อื่นๆ ระบุ ............................................ | ........... ราย........... ราย |
| 3 | Clozapine 25 mg |  |  |  WBC ต่ำกว่า 2,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือ  neutrophil ต่ำกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม อาการง่วงซึม น้ำลายไหลมาก หัวใจเต้นเร็ว  การรับรู้ลดลง อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย |
| 4 | Lithium carbonate 300 mg capsule |  |  |  ตาพร่ามัวกล้ามเนื้อกระตุก ชักซึมลงเดินเซ อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 5 | Methylphenidate 10 mg tablet |  |  |  high blood pressure cardiac arrhythmias / tachycardia sign and symptoms of depressions  อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย........... ราย |

 **แบบรายงานการเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงหรือต้องระมัดระวังสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข.................................................**

ประจำเดือน.................................. ปีงบประมาณ..............

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการยา****ที่ต้องระมัดระวังสูง\*** | **จำนวนการเฝ้าระวัง** **(ครั้ง)** | **จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการ****ไม่พึงประสงค์ (ราย)** | **อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ** |
| 6 | Allopurinol  |  |  |  การแพ้ยาที่รุนแรง (serious ADR).ระบุ............................................................ อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 7 | Digoxin 0.25 mg tablet |  |  |  เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป เช่น เห็นภาพเป็นสีเหลืองหรือสีเขียว หรือเห็นแสงรอบวัตถุ อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย |
| 8 | Glibenclamide 5 mg (Sulfonylurea) |  |  |  hypoglycemia อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 9 | Glipizide 5 mg (Sulfonylurea) |  |  |  hypoglycemia อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 10 | Biphasic isophane insulin (vial 10 ml) |  |  |  hypoglycemia อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 11 | Biphasic isophane insulin (Cartridge 3 ml) |  |  |  hypoglycemia อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 12 | Isophane insulin (vial 10 ml) |  |  |  hypoglycemia อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 13 | Isophane insulin (Cartridge 3 ml) |  |  |  hypoglycemia อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |

**แบบรายงานการเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงหรือต้องระมัดระวังสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข.................................................**

ประจำเดือน................................ ปีงบประมาณ..............

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการยา****ที่ต้องระมัดระวังสูง\*** | **จำนวนการเฝ้าระวัง** **(ครั้ง)** | **จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการ****ไม่พึงประสงค์ (ราย)** | **อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ** |
| 14 | Insulin aspart 30%, insulin aspart with protamine 70% (Cartridge 3 ml) |  |  |  hypoglycemia | ........... ราย |
|  อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย |
| 15 | Regular Insulin (vial 10 ml) |  |  |  hypoglycemia | ........... ราย |
|  อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย |
| 16 | Phenobarbital 30, 60 mg tablet |  |  |  การแพ้ยาที่รุนแรง (serious ADR) (3 เดือนแรก)ระบุ.......................................................... อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 17 | Phenytoin 100 mg capsule promp release |  |  |  การแพ้ยาที่รุนแรง (serious ADR) (3 เดือนแรก)ระบุ.......................................................... เหงือกบวม/หนาขึ้น อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย |
| 18 | Theophylline 200 mg |  |  |  ปวดศีรษะ มีอาการตื่นเต้น หน้ามืด  ปัสสาวะบ่อย มือและนิ้วกระตุก การสั่นของหัวใจ หัวใจเต้นเร็วหายใจเร็ว นอนไม่หลับ ความดันโลหิตต่ำหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ชัก ผื่นขึ้นที่ผิวหนัง (อาการแพ้) อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย........... ราย........... ราย |
| **รวม** | ..................... รายการ | ................... ครั้ง | ..................... ราย |  |  |

**แบบรายงานการประเมินการใช้ยา (DUE) ประจำเดือน …...........................… ปีงบประมาณ.................**

**ศูนย์บริการสาธารณสุข ................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการยา** | **จำนวนครั้งการสั่งใช้ยา** |
| **ตามเกณฑ์** | **ไม่ตรงเกณฑ์** | **รวม** |
| 1 | Insulin aspart 30%, insulin aspart with protamine 70% (Cartridge 3 ml) (ED ง) |  |  |  |
| 2 | Pioglitazone 30 mg (ED ง) |  |  |  |
| 3 | Repaglinide 1 mg (ED ง) |  |  |  |
| 4 | Voglibose (NON-ED) |  |  |  |
| 5 | Atorvastatin 40 mg (ED ง ) |  |  |  |
| 6 | Rosuvastatin 10 mg (NON-ED) |  |  |  |
| 7 | Nifedipine SR 20 mg (ED ง) |  |  |  |
| 8 | Azithromycin 250 mg (ED ง) |  |  |  |
| 9 | Ciprofloxacin500 mg (ED ง) |  |  |  |
| 10 | Clarithromycin500 mg (ED ง) |  |  |  |
| 11 | Cefixime dry syrup (ED ง) **“ยาเฉพาะกุมารแพทย์”** |  |  |  |
| 12 | Cefixime 100 mg (ED ง) **“ยาเฉพาะคลินิกกามโรค”** |  |  |  |
| 13 | Levofloxacin500 mg (ED ง) **“ยาวัณโรคสำหรับศูนย์แม่ข่าย”** |  |  |  |
| 14 | Triamcinolone Nasal Spray 55 mcg/dose(NON-ED) **“ยาเฉพาะคลินิก E.N.T.”** |  |  |  |
| 15 | Gabapentin 300 mg(ED ง) **“ยาเฉพาะอายุรแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู”** |  |  |  |
| 16 | Alprazolam(NON-ED) **(วัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภท 2)** |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |

**ลงชื่อ ................................................................**

**ตำแหน่ง ......................................................**

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 1**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยารักษาโรคเบาหวาน**

|  |  |
| --- | --- |
| **( )** | **Insulin aspart 30%, insulin aspart with protamine 70% (Cartridge 3 ml) (ED ง)** |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | หลอด |
|  | ○ | ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) บ่อย เมื่อใช้ conventional insulin  |
|  | ○ | ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูงผิดปกติ (PPG > 180 mg/dl)  |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |
| **( )** | **Pioglitazone 30 mg (ED ง)**  |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | เป็นยาชนิดที่ 3 เพิ่มเติมหลังจากใช้ยา sulfonylureas และ metformin แล้วเกิด secondary failure |
|  | ○ | ผู้ป่วยแพ้ยา sulfonylureas หรือ metformin |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |
| **( )** | **Repaglinide 1 mg (ED ง)**  |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ใช้สำหรับลด postprandial hyperglycemia |
|  | ○ | มีความเสี่ยงต่อ hypoglycemia สูง |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |
| **( )** | **Voglibose (NON-ED)** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วยควบคุม FPG ดี คืออยู่ในช่วง 90 – 130 mg/dl แต่ HbA1C> 8% |
|  | ○ | ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูงผิดปกติ (PPG > 180 mg/dl) |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ........................................... อาการ ....................................................................................... |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |

ลงนามแพทย์…………………………..……..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

 วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 2**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Atorvastatin 40 mg (ED ง )** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin ในขนาด 40 mg ติดต่อกัน 6 เดือน แล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้ถึงค่าเป้าหมาย  |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin มีผลข้างเคียง ได้แก่ มีค่า alanine aminotransferase (ALT) เพิ่มขึ้น 3 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin แล้วค่า creatine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ  |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin ในขนาดเกินวันละ 20 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา amlodipine หรือ amiodarone |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin ในขนาดเกินวันละ 10 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา diltiazem หรือ verapamil |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา simvastatin อาการ .................................................................................................... |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ...................................................................................................... |
|  **( )** | **Rosuvastatin 10 mg (NON-ED)** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin ในขนาด 40 mg ติดต่อกัน 6 เดือน แล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้ถึงค่าเป้าหมาย  |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin มีผลข้างเคียง ได้แก่ มีค่า alanine aminotransferase (ALT) เพิ่มขึ้น 3 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin แล้วค่า creatine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ  |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา simvastatin/ atorvastatin อาการ ..................................................................................... |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ...................................................................................................... |

**กลุ่มยาลดความดันโลหิต**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Nifedipine SR 20 mg (ED ง)** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ใช้รักษาความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ methyldopa และ hydralazine แล้วไม่ได้ผล |
|  | ○ | ใช้สำหรับ intractable Reynaud’s phenomenon |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ...................................................................................................... |

ลงนามแพทย์…………………………..……..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

 วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 3**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยาปฏิชีวนะ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Azithromycin 250 mg (ED ง)** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง กรณีที่ใช้ยาอื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อ non-tuberculous mycobacterium (NTM) |
|  | ○ | ผู้ป่วย early syphilis ที่ไม่สามารถใช้ ยา penicillin หรือ doxycycline หรือ ceftriaxone ได้ (ขนาดรับประทาน 2 กรัม กินครั้งเดียว) |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ...................................................... อาการ ........................................................................... |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |
| **( )** | **Ciprofloxacin 500 mg (ED ง)** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เช่น ใช้ต่อเนื่องจากยาฉีด (sequential therapy หรือ switch therapy |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยาปฏิชีวนะ ใน first line drug แล้วไม่ได้ผล |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ...................................................... อาการ ........................................................................... |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |
| **( )** | **Clarithromycin 500 mg (ED ง)** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ......................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ กรณีที่ใช้ยาอื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อ non-tuberculous *Mycobacterium* sp. (atypical mycobacterium) |
|  | ○ | ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันว่ามีเชื้อ *H. pylori* โดยใช้เป็น triple therapy หรือ quardruple therapy |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ...................................................... อาการ ........................................................................... |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |

ลงนามแพทย์………………………..………..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

 วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 4**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยาปฏิชีวนะ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Cefixime dry syrup (ED ง) “ยาเฉพาะกุมารแพทย์”**  |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | ขวด |
|  | ○ | ใช้ใน switch therapy ในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรีย กรัมลบ  |
|  | ○ | ใช้ในผู้ป่วย infectious diarrhea / UTI ในเด็กที่ไม่สามารถใช้ยาเม็ดได้ |
|  | ○ | ใช้ในผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในกรณีที่ใช้ยากลุ่ม fluoroquinolone แล้วดื้อยา หรือไม่ได้ผล |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ........................................................................................................... |
| **( )** | **Cefixime 100 mg (ED ง) “ยาเฉพาะคลินิกกามโรค”** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ .................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ใช้รักษาหนองในแท้ เฉพาะที่อวัยวะเพศ และทวารหนัก เมื่อไม่สามารถใช้ยา ceftriaxone ได้ |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ........................................................................................................... |
| **( )** | **Levofloxacin 500 mg (ED ง) “ยาวัณโรคสำหรับศูนย์แม่ข่าย”** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ใช้ใน MDR-TB โดยเป็น second-line therapy |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ........................................................................................................... |

ลงนามแพทย์………………………..………..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

 วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 5**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยาสเตียรอยด์**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Triamcinolone Nasal Spray 55 mcg/dose (NONED) “ยาเฉพาะคลินิก E.N.T.”** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | ขวด |
|  | ○ | ใช้ในกรณี allergic rhinitisที่ใช้ยาในบัญชียาหลัก (Budesonide Nasal Spray 64 mcg.) แล้วไม่ได้ผล |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล .............................................................................................................. |

**กลุ่มยาบรรเทาอาการปวด**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Gabapentin 300 mg (ED ง) “ยาเฉพาะอายุรแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู”** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ .................................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | บรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของเส้นประสาทเท่านั้น  |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ............................................................................................................ |

**กลุ่มยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Alprazolam (NONED) (วัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภท 2)** |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................... | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ต้องได้รับยา diazepam , lorazepam , dipotassium chlorazepate มาแล้ว แต่ไม่ได้ผลในการรักษา |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากเกณฑ์ ระบุเหตุผล ...................................................................................................... |

ลงนามแพทย์………………………..………..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

 วันที่……./…………/………….