|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **การให้บริการเภสัชสนเทศ** | | | | | | | | | | **สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น** | | | | ศบส. ............ | | | | | | |
| ศบส. (ให้พิมพ์ชื่อ ศบส.) | | | | | | | | | | วัน/เดือน/ปีที่รับ | | | | | | เวลา | | | | |
| โทร. (ให้พิมพ์หมายเลขโทรศัทพ์/โทรสารของ ศบส.) | | | | | | | | | | รับทาง **□ โทรศัพท์ □ ส่งแบบสอบถาม □ อีเมลล์**  **□ถามด้วยตัวเอง □ Fax** | | | | | | | | | | |
| วัน/เดือน/ปี | | | |  | | | | |  | วัน/เดือน/ปีที่ตอบ | | | | | | เวลา | | | | |
| ชื่อผู้ถาม | | | |  | | | | |  | ผู้ตอบ | | | | | | | | | | |
| ที่อยู่/ที่ทำงาน | | | |  | | | | |  | รหัสคำถาม | | □Identification | | | | | □Therapeutics | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | □ADR & Side effects | | | | | □Dosage/Administration | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | □Pharmacodinamic | | | | | □Toxicity/Poisoning | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | □ Pharmacokinetics | | | | | □DI | | | |
| ตำแหน่ง | | | □แพทย์ □เภสัชกร  □พยาบาล □บุคคลภายนอก  □เจ้าหน้าที่อื่น ระบุ | | | | | |  |  | | □Herbals/Conventional medication | | | | | □Pregnancy/Lactation | | | |
|  | | |  | | □Storage | | | | | □Contraindication/Prevention | | | |
| ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย(ถ้ามี) | | | | |  | | | |  | | □Cosmetics □Other……………………………………… | | | | | | | | |
|  | | อายุ ปี | | | เพศ | | | น้ำหนัก kg. | | | เชื้อชาติ | | | | อาชีพ | | | | | |
|  | การวินิจฉัย | | | | | | | | | โรคประจำตัว | | | | | | | | | | |
|  | ประวัติการแพ้ยา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ยาที่กำลังใช้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำถาม | (กรุณาให้รายละเอียดของคำถามมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ความรีบด่วน | | | | □15 – 120 นาที □ 2 วัน □ 7 วัน □ อื่นๆโปรดระบุ............................................ | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ถาม (ถ้ามี) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ชื่อยา | | | | | | รูปแบบ | | | | | | ขนาดความแรง | | | | | | | |
| คำตอบ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| สรุป |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **เอกสารอ้างอิง** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |