**แบบรายงานการเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข**.................................................

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการยา****ที่ต้องระมัดระวังสูง\*** | **จำนวนการเฝ้าระวังตามเกณฑ์** **(ครั้ง)** | **จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการ****ไม่พึงประสงค์ (ราย)** | **อาการสำคัญที่พบ** |
| 13 | Insulin aspart 30%, insulin aspart with protamine 70% (Cartridge 3 ml) |  |  |  hypoglycemia | ........... ราย |
|  อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย |
| 14 | Regular Insulin (vial 10 ml) |  |  |  hypoglycemia | ........... ราย |
|  อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย |
| 15 | Phenobarbital 30, 60 mg tablet |  |  |  การแพ้ยาที่รุนแรง (serious ADR) 3 เดือนแรก อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย |
| 16 | Phenytoin 100 mg capsule promp release |  |  |  การแพ้ยาที่รุนแรง (serious ADR) 3 เดือนแรกเหงือกบวม/หนาขึ้น อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย |
| 17 | Theophylline 200 mg |  |  |  ปวดศีรษะ นอนไม่หลับมีอาการตื่นเต้น หน้ามืด  ปัสสาวะบ่อย มือและนิ้วกระตุก การสั่นของหัวใจ หัวใจเต้นเร็วหายใจเร็ว นอนไม่หลับ ความดันโลหิตต่ำหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ชัก ผื่นขึ้นที่ผิวหนัง (อาการแพ้) อื่นๆ ระบุ ..............................................  | ........... ราย........... ราย........... ราย........... ราย........... ราย |
| **รวม** | ..................... รายการ | ................... ครั้ง | ..................... ราย |  |  |

หมายเหตุ \* รายการยาที่ PTC ศูนย์ไม่กำหนดเป็น HAD ให้ระบุ “**PTC ไม่กำหนดเป็น HAD**”/ รายการยาที่ ศบส. ไม่มีใช้ในศูนย์ฯ ให้ระบุ “**-**” / กรณี PTC มีการปรับปรุง criteria

ให้เหมาะสมกับบริบท **“กรุณาระบุ criteria ใหม่ใต้ชื่อยาด้วย”**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการยา****ที่ต้องระมัดระวังสูง\*** | **จำนวนการเฝ้าระวังตามเกณฑ์** **(ครั้ง)** | **จำนวนผู้ป่วย****ที่พบอาการ****ไม่พึงประสงค์ (ราย)** | **อาการสำคัญที่พบ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **รวม** | .................... รายการ | .................... ครั้ง | .................... ราย |  |

หมายเหตุ \* ระบุ**ชื่อยา**อื่นๆ ที่ PTC ศูนย์ฯ กำหนดให้เป็นยา HAD พร้อม **criteria** ใต้ชื่อยาด้วย