**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 | Repaglinide 1 mg (ED ง) |  |  |  |
| 3 | Voglibose (NONED) |  |  |  |
| 4 | Rosuvastatin 10 mg (NONED) |  |  |  |
| 5 | Azithromycin 250 mg (ED ง) |  |  |  |
| 6 | Azithromycin 200 mg / 5 ml Syrup (ED ง) |  |  |  |
| 7 | Ciprofloxacin500 mg (ED ง) |  |  |  |
| 8 | Clarithromycin500 mg (ED ง) |  |  |  |
| 9 | Cefiximedry syrup(ED ง) **“ยาเฉพาะกุมารแพทย์”** |  |  |  |
| 10 | Cefixime 100 mg (ED ง) **“ยาเฉพาะคลินิกกามโรค”** |  |  |  |
| 11 | Levofloxacin500 mg (ED ง) |  |  |  |
| 12 | Triamcinolone Nasal Spray 55 mcg/dose(NONED)  **“ยาเฉพาะคลินิก E.N.T.”** |  |  |  |
| 13 | Gabapentin 300 mg(ED ง) |  |  |  |
| 14 | Alprazolam(NONED) **(วัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภท 2)** |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |
| **หมายเหตุ** กรณีแพทย์มีการสั่งใช้ยาไม่ตรงเกณฑ์จะมีการระบุเหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติในใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยาสำหรับแพทย์ | |  |  |  |

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

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