

**แบบประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้  
ยาแก้ปวดอักเสบ NSAIDs / ผลิตภัณฑ์ที่ลึกลอบผสมสเตียรอยด์(Steroids) / ยาปฏิชีวนะ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จังหวัดสกลนคร**

แบบประเมิน เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยาแก้ปวดอักเสบ NSAIDs/ผลิตภัณฑ์ที่ลึกลอบผสมสเตียรอยด์(Steroids)/ยาปฏิชีวนะ โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.....อำเภอ.....จังหวัด.....	
HN.....	ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ประวัติแพ้ยา..... โรคประจำตัว..... ที่อยู่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โทร.....
เมื่อพบหรือสงสัยการได้รับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพใช้แบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลและส่งต่อ ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข รพ.สต./รพ./สสอ./สสจ.เพื่อเฝ้าระวังติดตาม	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ญาติ แจ้งว่าได้ใช้ ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....	
ยาที่สงสัย	อาการที่พบ : Trigger
1. ยากลุ่ม NSAIDs Y45.1 =Salicylates Y45.3 =Other nonsteroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]	<input type="checkbox"/> อาเจียนเป็นเลือด ICD-10 K92.0 <input type="checkbox"/> ถ่ายดำ (Melena) ICD-10 K92.1 <input type="checkbox"/> มีเลือดออกในทางเดินอาหาร (GI Bleeding) ICD-10 K92.2 <input type="checkbox"/> ปวดท้องเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ ICD-10 K25 – K30 <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมี sCr/eGFR เพิ่มขึ้น/ลดลงผิดปกติ..... <input type="checkbox"/> ผื่นแพ้ยา (L27.0-L27.9)
2. ยากลุ่ม Steroids Y42.0 = Glucocorticoids and synthetic analogues (steroids)	<input type="checkbox"/> อาเจียนเป็นเลือด ICD-10 K92.0 <input type="checkbox"/> ถ่ายดำ (Melena) ICD-10 K92.1 <input type="checkbox"/> มีเลือดออกในทางเดินอาหาร (GI Bleeding) ICD-10 K92.2 <input type="checkbox"/> ปวดท้องเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ ICD-10 K25 – K30 <input type="checkbox"/> กลุ่มอาการ Cushing syndrome ICD-10 E24.0 – 24.9 ได้แก่ <input type="checkbox"/> Moon face ใบหน้ากลมเหมือนดวงจันทร์ <input type="checkbox"/> คอมีหนอกยื่น (Buffalo hump) <input type="checkbox"/> ผิวบาง และบางแห่งมีรอยแตก เช่น หน้าท้อง <input type="checkbox"/> ขนขึ้นตามตัว <input type="checkbox"/> รอยคล้ำที่ซอกพับ ผิวคล้ำ <input type="checkbox"/> จำเผลอตตามตัว <input type="checkbox"/> หนองเรียด <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ ..... <input type="checkbox"/> ใจสั่น ICD-10 R00.2 <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ ICD 10 G47.0 <input type="checkbox"/> ICD 10 ผื่นร้าย F51.5 <input type="checkbox"/> ปากแห้ง คอแห้ง <input type="checkbox"/> ประสาทหลอน(Hallucination) ICD 10 R44 – R44.8 <input type="checkbox"/> ต่อมหมวกไตบกพร่อง ICD-10 E27.3 – E27.4
4. Antibiotics Y40.0 = Systemic antibiotic by Penicillin Y40.9 = Systemic antibiotic, unspecified	<input type="checkbox"/> ผื่นแพ้ยา (L27.0-L27.9) <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> นำยาของผู้อื่น(เพื่อนบ้าน/คนในครอบครัว)มาใช้ <input type="checkbox"/> หยุดรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่ออาการดีขึ้น <input type="checkbox"/> ซื้อยาปฏิชีวนะมาใช้โดยซื้อเหมือนกับที่ได้รับมาครั้งก่อนๆ <input type="checkbox"/> ซื้อยาปฏิชีวนะทานเอง <input type="checkbox"/> เปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่แรงขึ้นเนื่องจากยาที่ใช้อยู่เดิมรักษาอาการไม่หาย/อาการไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ซื้อยามาใช้โดยไม่ทราบชื่อสามัญทางยา

**แบบประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้  
ยาแก้ปวดอักเสบ NSAIDs / ผลิตภัณฑ์ที่ลักลอบผสมสเตียรอยด์(Steroids) /ยาปฏิชีวนะ  
จังหวัดสกลนคร**

ข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่สงสัย	
ชื่อผลิตภัณฑ์/ยี่ห้อ.....	
รูปแบบผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ยาชุด <input type="checkbox"/> ยาเม็ด <input type="checkbox"/> ยาลูกกลอน <input type="checkbox"/> ยาผง <input type="checkbox"/> กาแฟสำเร็จรูป <input type="checkbox"/> ยาน้ำ/เครื่องดื่มสมุนไพร <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร(เม็ด/น้ำ/ขง) <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
กรณีเป็นยาปฏิชีวนะ รูปแบบผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ยาแคปซูล <input type="checkbox"/> ยาเม็ด <input type="checkbox"/> ยาน้ำ <input type="checkbox"/> ยาฉีด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
ลักษณะอื่นทางกายภาพ (เช่น สี , จำนวนเม็ดต่อชุด , ตัวอักษร/สัญลักษณ์) .....	
ข้อความแสดงสรรพคุณ/โฆษณาอวดอ้างสรรพคุณที่แสดงบนฉลาก.....	
ผลการตรวจโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น.....ผลการตรวจโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์.....	
แหล่งที่มา : (เพื่อให้สามารถ สืบหาได้)	<input type="checkbox"/> ร้านยา <input type="checkbox"/> คลินิกเวชกรรม <input type="checkbox"/> สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ร้านขายของชำ <input type="checkbox"/> รถเร่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....
	แหล่งจำหน่าย ผู้จำหน่าย ..... ที่อยู่ เลขที่ ..... หมู่ .....ตำบล .....อำเภอ .....จังหวัด..... เบอร์โทร. ....
สรุปเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์	อาการ :..... ผลิตภัณฑ์ที่เป็นสาเหตุ :..... ผลการประเมิน ADR : <input type="checkbox"/> certain <input type="checkbox"/> probable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> unlikely รหัสมาตรฐานสุขภาพสายงานเภสัชกรรม <sup>1</sup> : .....
การจัดการเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำ เรื่อง <input type="checkbox"/> การเลือกผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ให้หยุดใช้ผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อแพทย์เพื่อรักษา <input type="checkbox"/> ประสาน COC/HHC /เภสัชกรปฐมภูมิติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> ประสาน รพ.สต. ค้นหาความเสี่ยง หรือแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์
การรายงาน	ADR: <input type="checkbox"/> ศูนย์เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ( HPVC) <input type="checkbox"/> Tawai Product : <input type="checkbox"/> Tawai <input type="checkbox"/> สสจ.
ผลการติดตามผู้ป่วย	วันที่ติดตาม .....
	อาการ : <input type="checkbox"/> หายโดยไม่มีอาการเดิม <input type="checkbox"/> ดีขึ้นแต่ยังมีอาการเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
	พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> หยุดใช้แล้ว <input type="checkbox"/> ใช้อยู่ แต่ใช้ในปริมาณน้อยลง <input type="checkbox"/> ไม่หยุดใช้ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนไปใช้ผลิตภัณฑ์ใหม่ ได้แก่.....
	สาเหตุที่ยังไม่หยุดใช้ หรือเปลี่ยนเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่.....
	รหัสมาตรฐานสุขภาพสายงานเภสัชกรรม <sup>2</sup> : .....