



## แบบฟอร์มรายงานการแพ้ยาของผู้ป่วย โรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (ทพ. ทพญ.).....รหัสทันตแพทย์.....  
สังกัดสาขาวิชา.....เป็นผู้ให้การดูแลรักษา  
ผู้ป่วยชื่อ (ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี  
HN.....เบอร์โทรศัพท์..... โรคประจำตัว (ถ้ามี โปรดระบุ).....

(1) พบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ชื่อยา .....

อาการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาดังกล่าวคือ.....

(2) พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลทันตกรรม ชื่อยา .....

อาการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาดังกล่าวคือ.....

ได้รับประทานยาดังกล่าวเมื่อวันที่.....เกิดอาการแพ้เมื่อวันที่.....และหยุดใช้ยา  
เมื่อวันที่ ..... หลังหยุดยา พบว่าอาการแพ้ดังกล่าวลดลงหรือไม่  
โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- บันทึกประวัติแพ้ยาลงในแฟ้มผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว
- ส่งรายงานการแพ้ยาฉบับนี้ให้กับหน่วยเภสัชกรรมเพื่อลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ต่อไป
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

อาจารย์ / ทันตแพทย์ผู้รักษา