



แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Botulinum toxin A โรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (ทพ./ทพญ.)รหัสนทันตแพทย์.....

เป็นทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำสาขาวิชา

- ทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปากใบหน้า
- ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

เป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN

ป่วยเป็นโรค.....มีความจำเป็นต้องใช้

ยา Botulinum toxin A ปริมาณ.....ยูนิต โดยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตรงตามเงื่อนไขต่อไปนี้

- Masticatory muscle disorders : Movement disorders
- Masticatory muscle disorders : Muscle pain
- Masticatory muscle disorders : Hypertrophy
- Sleep bruxism
- Trigeminal neuralgia
- Trigeminal neuropathic pain
- Migraine headache
- Muscle hypertonicity
- Gummy smile
- Other.....

ข้าพเจ้าประเมินแล้ว พบว่าโดยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวจริงและสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา

(.....)