



แบบฟอร์มรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล..... HN.....อายุ.....	ประวัติแพ้ยา ☐ แพ้ยา ☐ ไม่มีแพ้ยา.....
ส่วนของทันตแพทย์ ทพ./ทพญ.....รหัสทันตแพทย์.....สังกัดสาขาวิชา..... วัน-เดือน-ปี ที่รายงาน.....เวลา.....	

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)

☐ กรณีที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา (Active) หรือ ได้รับการรักษาด้วยอาการแพ้ยา (Drug allergy) หรือ เกิดอาการแพ้ยาระหว่างได้รับการรักษา (Type B)
☐ กรณีที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการเกิดผลข้างเคียงจากยา (Side effect) หรือ เกิดระหว่างการรักษา จนทันตแพทย์ต้องเปลี่ยนแผนการรักษา หรือ หยุดใช้ยาที่สงสัย เช่น ภาวะแผลในทางเดินอาหาร จาก NSAIDs, ภาวะ Myopathy จากยาในกลุ่ม Statin, ภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน ภาวะการทำงานของไตที่ผิดปกติจากยา ภาวะเลือดออกในกลุ่มผู้ป่วยที่ on warfarin เป็นต้น (Type A)
ชื่อยาที่สงสัย..... อาการที่พบ.....
ได้รับประทานยาดังกล่าวเมื่อวันที่.....เวลา (โดยประมาณ)..... เกิดอาการแพ้เมื่อวันที่.....เวลา (โดยประมาณ)..... และหยุดใช้ยาเมื่อวันที่เวลา (โดยประมาณ)..... หลังหยุดยา พบว่าอาการแพ้ดังกล่าวลดลงหรือไม่ โปรดระบุ.....
Timeline ชื่อยา - - - - - - - ← → วันที่
ทันตแพทย์ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ ☐ บันทึกข้อมูลในระบบ ☐ ส่งแบบฟอร์มรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มาที่หน่วยเภสัชกรรม ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....อาจารย์/ทันตแพทย์ผู้รักษา
(.....)