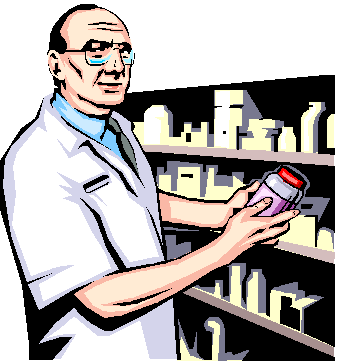
แบบรายงานการให้บริการร้านยา

**ระหว่างวันที่ ....................................... ถึงวันที่ ........................................**

**ปีการศึกษา 2566**



ชื่อแหล่งฝึก : ………………………………………………………………………………………………………….…

ชื่อนักศึกษา : …………………………………………………….รหัสประจำตัว………………………..……….

ชื่อเภสัชกรผู้ควบคุม :…………………………………………………………………………………………………...

##### **รายงานการให้บริการร้านยา**

Case ที่ :

นศ.ภ. ร้านยาที่ฝึก :

วันที่ ปัญหาที่พบ

|  |
| --- |
| **1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย :** |

เพศ : ชาย อายุ ………………………… ปี (โดยประมาณ)

หญิง น้ำหนัก ……………….… Kg. (โดยประมาณ)

|  |  |
| --- | --- |
| **อาการสำคัญ** | **รายละเอียดการซักประวัติ/ตรวจเพิ่มที่จำเป็น** |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)**  **ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (โรคประจำตัว)** | **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |
| ………………………………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| ประวัติการแพ้ยา |
| ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….………… |
| ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| การทบทวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน |  |  |
| 1. ชื่อยา ……………………………………………………………… | วิธีรับประทาน ………………………………. | หยุด/กำลังทานอยู่ |
| 1. ชื่อยา ……………………………………………………………… | วิธีรับประทาน ………………………………. | หยุด/กำลังทานอยู่ |
| 1. ชื่อยา ……………………………………………………………… | วิธีรับประทาน ………………………………. | หยุด/กำลังทานอยู่ |
| 1. ชื่อยา ……………………………………………………………… | วิธีรับประทาน ………………………………. | หยุด/กำลังทานอยู่ |
| 1. ชื่อยา ……………………………………………………………… | วิธีรับประทาน ………………………………. | หยุด/กำลังทานอยู่ |

|  |
| --- |
| **2. การวินิจฉัยโรค** |

โรคที่วินิจฉัย …………………………………………………………………………………………..

โรคอื่นๆ ที่อาจเป็นได้ ………………………………………………………………………….

เหตุผลการวินิจฉัย :

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

……………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **3. การวางแผนการรักษา** |

ผู้ป่วยไม่ได้รับยาแต่ส่งต่อไปยัง ……………………………………………………………

ผู้ป่วยได้รับยา :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **รายการยาที่จ่าย** | **วิธีการใช้ยา** | **จำนวน** | **ราคา** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| รวม | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| รายการที่ | **เหตุผลการเลือกจ่ายยา** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

ขณะใช้ยาหรือภายหลังการใช้ยา ถ้ามีอาการต่อไปนี้

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ให้กลับมาปรึกษาเภสัชกรโดยด่วน

ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง ……………………………………………………………………………………

คำแนะนำอื่นๆ เกี่ยวกับอาการ-การรักษา การใช้ยา และการปฏิบัติตัวขณะทานยา :

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………

Drug interaction ที่มี : (หรืออาจพบกับยาที่ใช้อยู่ประจำ)

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………

|  |
| --- |
| **4. ผลการรักษา และการติดตามการรักษา** |

ติดตามไม่ได้

ติดตามได้ พบว่า :

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………

|  |
| --- |
| **5. สรุปและวิจารณ์** |

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………

|  |
| --- |
| **6. ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของเภสัชกรผู้ควบคุม** |

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………

ลงชื่อ ………………………………………………………………………. เภสัชกร

วันที่ ……………………………………………………