

ภาคผนวก ก

เกณฑ์การประเมินการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลดอง

จัดทำโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลดอง โดยปรับประยุกต์จากข้อมูลยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2549 เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (ฉบับที่ 4) และคู่มือการใช้ยาจากสมุนไพรสำหรับโรงพยาบาลของรัฐ โดยกลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549 เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินการใช้ยาจากสมุนไพร ในโรงพยาบาลดอง ในประเด็น ข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีใช้ ระยะเวลา ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และผลการรักษา ดังนี้

เกณฑ์การประเมินการใช้ยา ขมื่นชัน
ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด
ขนาด และวิธีใช้ ใช้ครั้งละ 500 มิลลิกรัม ถึง 1 กรัม (ครั้งละ 1-4 แคปซูล) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน
ระยะเวลา ประมาณ 7 วัน
ข้อห้ามใช้ ผู้ที่แพ้ขมื่นชัน ผู้ที่ท่อน้ำดีอุดตัน และผู้ป่วยโรคหัวใจในถุงน้ำดี
ข้อควรระวัง 1. ควรระวังการใช้ขมื่นชันในหญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมบุตร แต่หากมีความต้องการใช้ให้อยู่ในความดูแลของแพทย์ โดยมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา 2. ควรระวังการใช้ยาในเด็ก (0-12 ปี) เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เฝาระวังและติดตามอาการผิวหนังอักเสบจากการแพ้ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา
ผลการรักษา อาการแน่นจุกเสียดบรรเทาลงหรือหายไป ภายใน 7 วัน

เกณฑ์การประเมินการใช้ยา ฟ้าทะลายโจร
ข้อบ่งใช้ 1. บรรเทาอาการท้องเสียแบบไม่ติดเชื้อ 2. บรรเทาอาการเจ็บคอที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและมีอาการรุนแรง 3. บรรเทาอาการของโรคหวัด (common cold) เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย น้ำมูกไหล ไอ เสมหะ เจ็บคอ
ขนาด วิธีใช้ และระยะเวลา 1. บรรเทาอาการท้องเสียแบบไม่ติดเชื้อ รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัมถึง 2 กรัม (1-4 แคปซูล) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน เป็นเวลาประมาณ 3 วัน 2. บรรเทาอาการเจ็บคอที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและมีอาการรุนแรง รับประทานครั้งละ 3-6 กรัม (6-12 แคปซูล) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอนเป็นเวลาประมาณ 7 วัน 3. บรรเทาอาการหวัด รับประทานครั้งละ 1.5-3 กรัม (3-6 แคปซูล) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน เป็นเวลาประมาณ 5-7 วัน
ข้อห้ามใช้ 1. ผู้ที่มีอาการแพ้ฟ้าทะลายโจร 2. หญิงมีครรภ์และให้นมบุตรไม่ควรใช้เนื่องจากอาจทำให้ทารก विकฤรูป 3. ห้ามใช้ฟ้าทะลายโจรแก้เจ็บคอในกรณีต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ <ol style="list-style-type: none"> a. ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคไตอักเสบเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรีย b. ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก c. ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียและมีอาการรุนแรง เช่น มีตุ่มหนองในคอ มีไข้สูง หนาวสั่น
ข้อควรระวัง 1. เกิดอาการแพ้ ตั้งแต่ ผื่นคัน ลมพิษ จนถึง anaphylactic shock ถ้าให้ในขนาดสูง 2. หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้แขนขามีอาการชาและอ่อนแรง 3. หากใช้ฟ้าทะลายโจรติดต่อกันสามวันแล้วไม่หายหรือมีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างใช้ยา ควรหยุดใช้แล้วไปพบแพทย์

เกณฑ์การประเมินการใช้ยา ฟ้าทะลายโจร (ต่อ)
<p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เฝ้าระวังและติดตามอาการดังต่อไปนี้ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาการผิดปกติของทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร 2. อาการปวดเอว วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น และลมพิษ <p>หากมีอาการดังกล่าวควรหยุดใช้ฟ้าทะลายโจรและเปลี่ยนไปใช้ยาอื่นแทน</p>
<p>ผลการรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บรรเทาอาการท้องเสียแบบไม่ติดเชื้อ โดยหยุดถ่ายภายใน 24 ชั่วโมง 2. บรรเทาอาการเจ็บคอที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและมีอาการรุนแรง ภายใน 7 วัน 3. บรรเทาอาการของโรคหวัด (common cold) เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย น้ำมูกไหล ไอ เสมหะ เจ็บคอ ภายใน 7 วัน

เกณฑ์การประเมินการใช้ยา สเลดฟิงพอนกลีเซอริน
<p>ข้อบ่งใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บรรเทาอาการของเริมและงูสวัดบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนหรือในช่องปาก 2. รักษาแผลในปาก
<p>ขนาด และวิธีใช้ ทาบริเวณที่มีอาการวันละ 5 ครั้ง</p>
<p>ระยะเวลา ประมาณ 7-10 วัน (จำนวนจ่ายขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่ใช้ยา)</p>
<p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา (ยังไม่มีกรารายงาน)</p>
<p>ผลการรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แผลเริมและงูสวัดตกสะเก็ดภายใน 3 วัน 2. หายภายใน 7-10 วัน

เกณฑ์การประเมินการใช้ยา สเตลฟังพอนทิงเจอร์
ข้อบ่งใช้ 1. บรรเทาอาการของเริมและงูสวัดบริเวณภายนอกร่างกาย ยกเว้นเนื้อเยื่ออ่อนและช่องปาก 2. บรรเทาอาการผดผื่นคัน ลมพิษ และตุ่มคัน
ขนาด และวิธีใช้ ทาบริเวณที่มีอาการวันละ 5 ครั้ง
ระยะเวลา ประมาณ 7-10 วัน (จำนวนจ่ายขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่ใช้ยา)
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ฝ้าระวงและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา (ยังไม่มีกรรายงาน)
ผลการรักษา 1. แผลเริมและงูสวัดตกสะเก็ดภายใน 3 วัน 2. หายภายใน 7-10 วัน

เกณฑ์การประเมินการใช้ ยาหม่องไพล
ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการปวด บวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก
ขนาดและวิธีใช้ ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง
ระยะเวลา ประมาณ 5-7 วัน (จำนวนจ่ายขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่ใช้ยา)
ข้อห้ามใช้ 1. ห้ามทาขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน 2. ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผล หรือมีแผลเปิด
ข้อควรระวัง ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กเล็ก (0-6 ปี)
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ฝ้าระวงและติดตามอาการผื่นคันบริเวณที่ทายาหม่องไพล และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา
ผลการรักษา บรรเทาอาการปวด บวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ภายใน 3 วัน

เกณฑ์การประเมินการใช้ยา เพชรสังฆาต
ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการริดสีดวงทวาร
ขนาด และวิธีใช้ ใช้ครั้งละ 1-1.5 กรัม (2-3 แคปซูล) ก่อนอาหาร เข้า เย็น
ระยะเวลา ประมาณ 7 วัน
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ฝ้าระวงและติดตามอาการท้องผูก ท้องเสีย ปวดศีรษะ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจาก ใช้ยา
ผลการรักษา ทำให้อาการเลือดออกหรือถ่ายเป็นเลือดสด ปวดทวารหนัก บวมแดงอักเสบของ ริดสีดวงทวาร บรรเทาลงภายใน 7 วัน

เกณฑ์การประเมินการใช้ยา หญ้าหนวดแมว
ข้อบ่งใช้ ขับปัสสาวะ บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคนิ่วในไต นิ่วในท่อปัสสาวะ หรือนิ่วใน กระเพาะปัสสาวะ
ขนาด และวิธีใช้ ใช้ครั้งละ 460-690 มิลลิกรัม วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร
ระยะเวลา ประมาณ 10 วัน ถึง 2 สัปดาห์
ข้อควรระวัง ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และโรคไต
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ฝ้าระวงและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา (ยังไม่มีรายงาน)
ผลการรักษา บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคนิ่วในไต นิ่วในท่อปัสสาวะ หรือนิ่วในกระเพาะ ปัสสาวะ ภายใน 10 วัน ถึง 2 สัปดาห์

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
ขมื่นชั้น

ข้อมูลทั่วไป			
HN.....	ประเภทผู้ป่วย	เพศ <input type="radio"/> ชาย	วันที่ได้รับยาจากสมุนไพรร.....
ชื่อ	<input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> หญิง	แพทย์ผู้รักษา.....
สกุล.....	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน	อายุ.....ปี	การวินิจฉัยโรค
โรคประจำตัว.....		ประวัติแพ้ยา.....	
อาการที่เข้ารับการรักษาระดับของอาการ.....			
ยาที่ได้รับ.....			
วิธีติดตามข้อมูลหลังการใช้ยา			
<input type="radio"/> ทางโทรศัพท์หมายเลข..... <input type="radio"/> การนัดติดตามในครั้งต่อไปวันที่.....จุดบริการ..... <input type="radio"/> การกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพรร วันที่..... <input type="radio"/> ติดตามผลขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง			
การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
ข้อบ่งใช้	<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....		
ขนาด/วิธีใช้	<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ครั้งละ 1-4 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....		
ระยะเวลา	<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ประมาณ 7 วัน <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....		

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
ขมิ้นชัน (ต่อ)**

ข้อห้ามใช้	<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ไม่ใช่ในผู้ที่แพ้ขมิ้นชัน ผู้ที่ท่อน้ำดีอุดตัน และผู้ป่วยโรคหัวใจในถุงน้ำดี <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....
ข้อควรระวัง	<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ไม่ใช่ในหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-12 ปี <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....
สรุปผลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา	
<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ	
ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....	
การติดตามผลหลังจากการใช้ยา	
ผลการรักษา ติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์ คือ บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด ภายใน 7 วัน หลังการใช้ยา ระดับของอาการหลังใช้ยา	
<input type="checkbox"/> บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการแน่นจุกเสียดหายไป ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการแน่นจุกเสียดบรรเทาลง แต่ยังไม่หายภายใน 7 วัน หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> ไม่บรรเทาอาการแน่นจุกเสียดเลย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้	
สรุปการติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์	
<input type="radio"/> ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์ <input type="checkbox"/> มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย	
<input type="radio"/> ไม่ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์	
ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....	

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
ขมื่นชั้น (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการผิวหนัง
อักเสบจากการแพ้ และอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากใช้ยา

ไม่พบ ADR จากการใช้ยา

พบ ADR จากการใช้ยา ระบุ

อาการ.....

ADR PROBABILITY =

ไม่สามารถติดตาม ADR ได้

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

วันที่ประเมิน.....

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
ฟ้าทะลายโจร**

ข้อมูลทั่วไป			
HN.....	ประเภทผู้ป่วย	เพศ <input type="radio"/> ชาย	วันที่ได้รับยาจากสมุนไพร.....
ชื่อ	<input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> หญิง	แพทย์ผู้รักษา.....
สกุล.....	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน	อายุ.....ปี	การวินิจฉัยโรค
โรคประจำตัว.....		ประวัติแพ้ยา.....	
อาการที่เข้ารับการรักษา/ระดับของอาการ.....			
ยาที่ได้รับ.....			
วิธีติดตามข้อมูลหลังการใช้ยา			
<input type="radio"/> ทางโทรศัพท์หมายเลข.....			
<input type="radio"/> การนัดติดตามในครั้งต่อไปวันที่..... จุดบริการ.....			
<input type="radio"/> การกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพร วันที่.....			
<input type="radio"/> ติดตามผลขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง			
การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
ข้อบ่งชี้	<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> บรรเทาอาการท้องเสียแบบ ไม่ติดเชื้อ <input type="checkbox"/> บรรเทาอาการเจ็บคอที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและมีอาการรุนแรง <input type="checkbox"/> บรรเทาอาการของโรคหวัด (common cold) เช่น เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 		
น้ำมูกไหล	<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล..... 		

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
ฟ้าทะลายโจร (ต่อ)**

<p>ขนาด/วิธีใช้ และระยะเวลา</p> <p>1. บรรเทาอาการท้องเสียแบบไม่ติดเชื้อ</p> <p><input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ รับประทานครั้งละ 1-4 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน ประมาณ 3 วัน</p> <p><input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....</p> <p>2. บรรเทาอาการเจ็บคอ</p> <p><input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือรับประทานครั้งละ 6-12 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอนประมาณ 7 วัน</p> <p><input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....</p> <p>3. บรรเทาอาการหวัด</p> <p><input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์คือรับประทานครั้งละ 3-6 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอนประมาณ 5-7 วัน</p> <p><input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....</p>
<p>ข้อห้ามใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ไม่ใช่ในผู้ที่มีอาการแพ้ฟ้าทะลายโจร หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และไม่ใช่ในกรณีเจ็บคอ ดังต่อไปนี้ คือ ไม่ใช่ในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคไตอักเสบเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ไม่ใช่ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือหัตมาติก และไม่ใช่ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียและมีอาการรุนแรง เช่น มีคั่งหนองในคอ มีไข้สูง หนาวสั่น</p> <p><input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....</p>
<p>**สรุปผลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา**</p> <p><input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ</p>
<p>ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....</p>

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
ฟ้าทะลายโจร (ต่อ)

การติดตามผลหลังจากการใช้ยา
<p>ผลการรักษา ติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์ หลังการใช้ยา</p> <p>ระดับของอาการหลังใช้ยา.....</p> <p><input type="radio"/> ติดตามการบรรเทาอาการท้องเสียแบบไม่ติดเชื้อ โดยหยุดถ่ายภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p><input type="radio"/> ติดตามการบรรเทาอาการเจ็บคอที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและมีอาการรุนแรง ภายใน 7 วัน</p> <p><input type="radio"/> ติดตามการบรรเทาอาการของโรคหวัด (common cold) เช่น ปวดศีรษะ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ น้ำมูกไหล ไอ เสมหะ ภายใน 7 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์หายไป ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง แต่ยังไม่หาย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถบรรเทาอาการตามเกณฑ์ได้เลย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้</p> <p style="text-align: center;">**สรุปการติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์**</p> <p><input type="radio"/> ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์ <input type="checkbox"/> มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....</p>
<p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการแพ้ ตั้งแต่ผื่นคัน ลมพิษ จนถึง anaphylactic shock (กรณีใช้ยาในขนาดสูง) อาการผิดปกติของทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รวมถึงอาการปวดเอว วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น และลมพิษ และอาการแขนขามีอาการชาและอ่อนแรง (กรณีใช้ยาเป็นเวลานาน) และอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่พบ ADR จากการใช้ยา <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตาม ADR ได้</p> <p><input type="checkbox"/> พบ ADR จากการใช้ยา ระบุ อาการ.....ADR PROBABILITY =</p> <p style="text-align: right;">ชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....</p>

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
เสลดพังพอนกลีเซอริน**

ข้อมูลทั่วไป			
HN.....	ประเภทผู้ป่วย	เพศ <input type="radio"/> ชาย	วันที่ได้รับยาจากสมุนไพร.....
ชื่อ	<input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> หญิง	แพทย์ผู้รักษา.....
สกุล.....	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน	อายุ.....ปี	การวินิจฉัยโรค
โรคประจำตัว.....		ประวัติแพ้ยา.....	
อาการที่เข้ารับการรักษา/ระดับของอาการ.....			
ยาที่ได้รับ.....			
วิธีติดตามข้อมูลหลังการใช้ยา			
<input type="radio"/> ทางโทรศัพท์หมายเลข.....			
<input type="radio"/> การนัดติดตามในครั้งต่อไปวันที่.....จุดบริการ.....			
<input type="radio"/> การกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพร วันที่.....			
<input type="radio"/> ติดตามผลขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง			
การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
ข้อบ่งใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ			
<input type="checkbox"/> บรรเทาอาการของเริ่มและงูสวัดบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนหรือในช่องปาก			
<input type="checkbox"/> รักษาแผลในปาก			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ขนาด/วิธีใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ทาบริเวณที่เป็น วันละ 5 ครั้ง			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ระยะเวลา <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ประมาณ 7-10 วัน (จำนวนจ่ายขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่ใช้ยา)			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
เสลดพังพอนกลีเซอริน (ต่อ)

<p>**สรุปผลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา**</p> <p><input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ</p>
<p>ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....</p>
<p>การติดตามผลหลังจากการใช้ยา</p>
<p>ผลการรักษา ติดตามผลทางการรักษาตามเกณฑ์ หลังการใช้ยา</p> <p>ระดับของอาการหลังใช้ยา.....</p> <p><input type="radio"/> ติดตามอาการแผลเริ่มและงูสวัดตกสะเก็ดภายใน 3 วัน และอาการอื่นๆ ของโรคเริ่มและงูสวัดหายภายใน 7-10 วัน</p> <p><input type="radio"/> ติดตามอาการแผลในปาก หายภายใน 7-10 วัน</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์หายไป ภายในวันที่..... หลังการใช้ยา</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> อาการบรรเทาลง แต่ยังไม่หาย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ไม่สามารถบรรเทาอาการตามเกณฑ์ได้เลย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้</p> <p style="text-align: center;">**สรุปการติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์**</p> <p><input type="radio"/> ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์ <input type="checkbox"/> มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....</p>
<p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาภายใน 2 สัปดาห์ หลังการใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่พบ ADR จากการใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ ADR จากการใช้ยา ระบุ</p> <p style="margin-left: 20px;">อาการ.....</p> <p style="margin-left: 20px;">ADR PROBABILITY =</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตาม ADR ได้</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....</p>

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
สเตลพิงพอนทิงเจอร์**

ข้อมูลทั่วไป			
HN.....	ประเภทผู้ป่วย	เพศ <input type="radio"/> ชาย	วันที่ได้รับยาจากสมุนไพรม.....
ชื่อ	<input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> หญิง	แพทย์ผู้รักษา.....
สกุล.....	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน	อายุ.....ปี	การวินิจฉัยโรค
โรคประจำตัว.....		ประวัติแพ้ยา.....	
อาการที่เข้ารับการรักษา/ระดับของอาการ.....			
ยาที่ได้รับ.....			
วิธีติดตามข้อมูลหลังการใช้ยา			
<input type="radio"/> ทางโทรศัพท์หมายเลข.....			
<input type="radio"/> การนัดติดตามในครั้งต่อไปวันที่.....จุดบริการ.....			
<input type="radio"/> การกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพรม วันที่.....			
<input type="radio"/> ติดตามผลขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง			
การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
ข้อบ่งใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ			
<input type="checkbox"/> บรรเทาอาการของเริ่มและงูสวัด ใช้ทาภายนอกร่างกาย ยกเว้นเนื้อเยื่ออ่อนและช่องปาก			
<input type="checkbox"/> บรรเทาอาการผดผื่นคัน ลมพิษ ตุ่มคัน ใช้ทาภายนอกร่างกายยกเว้นเนื้อเยื่ออ่อนและช่องปาก			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ขนาด/วิธีใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ทาบริเวณที่เป็น วันละ 5 ครั้ง			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล.....			
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ระยะเวลา <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ประมาณ 7-10 วัน (จำนวนจ่ายขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่ใช้ยา)			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา

เสลดพังพอนทิงเจอร์ (ต่อ)

สรุปผลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....
การติดตามผลหลังจากการใช้ยา
ผลการรักษา ติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์ หลังการใช้ยา ระดับของอาการหลังใช้ยา <input type="radio"/> ติดตามอาการแผลเรื้อรังและงูสวัดตกสะเก็ดภายใน 3 วัน และอาการอื่นๆ ของโรคเรื้อรังและงูสวัดหายภายใน 7-10 วัน <input type="radio"/> ติดตามอาการ ผดผื่นคัน ลมพิษ ตุ่มคัน หายภายใน 7-10 วัน <input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์หายไป ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง แต่ยังไม่หาย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถบรรเทาอาการตามเกณฑ์ได้เลย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ **สรุปการติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์** <input type="radio"/> ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์ <input type="checkbox"/> มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="radio"/> ไม่ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาภายใน 2 สัปดาห์ หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> ไม่พบ ADR จากการใช้ยา <input type="checkbox"/> พบ ADR จากการใช้ยา ระบุ อาการ..... ADR PROBABILITY = <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตาม ADR ได้ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้
ยาหม่องไพล**

ข้อมูลทั่วไป			
HN.....	ประเภทผู้ป่วย	เพศ <input type="radio"/> ชาย	วันที่ได้รับยาจากสมุนไพร.....
ชื่อ	<input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> หญิง	แพทย์ผู้รักษา.....
สกุล.....	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน	อายุ.....ปี	การวินิจฉัยโรค
โรคประจำตัว.....		ประวัติแพ้ยา.....	
อาการที่เข้ารับการรักษาระดับของอาการ.....			
ยาที่ได้รับ.....			
วิธีติดตามข้อมูลหลังการใช้ยา			
<input type="radio"/> ทางโทรศัพท์หมายเลข.....			
<input type="radio"/> การนัดติดตามในครั้งต่อไปวันที่.....จุดบริการ.....			
<input type="radio"/> การกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพร วันที่.....			
<input type="radio"/> ติดตามผลขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง			
การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
ข้อบ่งชี้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ บรรเทาอาการปวด บวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ขนาด/วิธีใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ระยะเวลา <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ประมาณ 5-7 วัน (จำนวนจ่ายขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่ใช้ยา)			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ข้อห้ามใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์คือไม่ใช้ทาขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อนและบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้
ยาหม่องไฟล (ต่อ)**

<p>ข้อควรระวัง <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ไม่ใช่ในเด็กเล็กอายุ 0-6 ปี</p> <p><input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล.....<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....</p>
<p>**สรุปผลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา**</p> <p><input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ</p> <p>.....</p>
<p>ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....</p>
<p>การติดตามผลหลังจากการใช้ยา</p>
<p>ผลการรักษา ติดตามอาการตามเกณฑ์ คือ อาการบวม ฟกช้ำ เค็ดขัดขอก ความแดงของผิวหนัง และอาการปวดลดลง ภายใน 3 วัน</p> <p>ระดับของอาการหลังใช้ยา.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์หายไป ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง แต่ยังไม่หาย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ไม่สามารถบรรเทาอาการตามเกณฑ์ได้เลย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้</p> <p style="text-align: center;">**สรุปการติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์**</p> <p><input type="radio"/> ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน</p> <p style="text-align: right;">วันที่ประเมิน.....</p>

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้
ยาหม่องไฟล (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ติดตามอาการผื่นคันบริเวณที่ทายาหม่องไฟล และอาการไม่พึงประสงค์
อื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา

ไม่พบ ADR จากการใช้ยา

พบ ADR จากการใช้ยา ระบุ

อาการ.....

ADR PROBABILITY =

ไม่สามารถติดตาม ADR ได้

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

วันที่ประเมิน.....

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
เพชรสังฆาต**

ข้อมูลทั่วไป			
HN.....	ประเภทผู้ป่วย	เพศ <input type="radio"/> ชาย	วันที่ได้รับยาจากสมุนไพร.....
ชื่อ	<input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> หญิง	แพทย์ผู้รักษา.....
สกุล.....	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน	อายุ.....ปี	การวินิจฉัยโรค
โรคประจำตัว.....		ประวัติแพ้ยา.....	
อาการที่เข้ารับการรักษาระดับของอาการ.....			
ยาที่ได้รับ.....			
วิธีติดตามข้อมูลหลังการใช้ยา			
<input type="radio"/> ทางโทรศัพท์หมายเลข.....			
<input type="radio"/> การนัดติดตามในครั้งต่อไปวันที่.....จุดบริการ.....			
<input type="radio"/> การกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพร วันที่.....			
<input type="radio"/> ติดตามผลขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง			
การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
ข้อบ่งชี้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ บรรเทาอาการริดสีดวงทวาร			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ขนาด/วิธีใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ใช้ครั้งละ 2-3 แคปซูล ก่อนอาหาร เข้า ยืน			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ระยะเวลา <input type="radio"/> ประมาณ 7 วัน			
<input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้			
<input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
สรุปผลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ			
ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....			

**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา
เพชรสังฆาต (ต่อ)**

การติดตามผลหลังจากการใช้ยา	
ผลการรักษา	ติดตามอาการตามเกณฑ์ คือ อาการเลือดออกหรือถ่ายเป็นเลือดสด ปวดทวารหนัก บวมแดง อีกเสบของริดสีดวงทวาร ลดลงภายใน 7 วัน
ระดับของอาการหลังใช้ยา	<input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์หายไป ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง แต่ยังไม่หาย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถบรรเทาอาการตามเกณฑ์ได้เลย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้
สรุปการติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์	
<input type="radio"/> ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์	<input type="checkbox"/> มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย
<input type="radio"/> ไม่ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์	
ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....	
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ท้องผูก ท้องเสีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอื่นๆ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา	
<input type="checkbox"/> ไม่พบ ADR จากการใช้ยา	
<input type="checkbox"/> พบ ADR จากการใช้ยา ระบุ	
อาการ.....	
ADR PROBABILITY =	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตาม ADR ได้	
ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....	

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา

หย้าหนดแมว

ข้อมูลทั่วไป			
HN.....	ประเภทผู้ป่วย	เพศ <input type="radio"/> ชาย	วันที่ได้รับยาจากสมุนไพร.....
ชื่อ	<input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> หญิง	แพทย์ผู้รักษา.....
สกุล.....	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน	อายุ.....ปี	การวินิจฉัยโรค
โรคประจำตัว.....		ประวัติแพ้ยา.....	
อาการที่เข้ารับการรักษาระดับของอาการ.....			
ยาที่ได้รับ.....			
วิธีติดตามข้อมูลหลังการใช้ยา			
<input type="radio"/> ทางโทรศัพท์หมายเลข..... <input type="radio"/> การนัดติดตามในครั้งต่อไปวันที่.....จุดบริการ..... <input type="radio"/> การกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพร วันที่..... <input type="radio"/> ติดตามผลขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง			
การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา			
ข้อบ่งชี้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ขับปัสสาวะ บรรเทาอาการปวด ในผู้ป่วยโรคนี้ในไต นีวในท่อปัสสาวะ และนีวในกระเพาะปัสสาวะ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ขนาด/วิธีใช้ <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ใช้ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร ประมาณ 10-15 วัน <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ข้อควรระวัง <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ไม่ใช่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคไต <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			
ระยะเวลา <input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ คือ ประมาณ 7-10 วัน (จำนวนจ่ายขึ้นอยู่กับความมากน้อยของพื้นที่ใช้ยา) <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ.....ให้สอบถามผู้สั่งใช้ <input type="checkbox"/> ยืนยันคำสั่งเดิม/เหตุผล..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงคำสั่งเป็น/เหตุผล.....			

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินการใช้ยา

หน้าหมวดแมว (ต่อ)

สรุปผลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา	
<input type="radio"/> ตรงตามเกณฑ์ <input type="radio"/> ไม่ตรงตามเกณฑ์ ระบุ	
ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....	
การติดตามผลหลังจากการใช้ยา	
ผลการรักษา ติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์ คือ เพิ่มการขับปัสสาวะ บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคนี้ในไต นี้วในท่อปัสสาวะ หรือนิวในกระเพาะปัสสาวะภายใน 10 วัน ถึง 2 สัปดาห์ ระดับของอาการหลังใช้ยา.....	
<input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์หายไป ภายในวันที่.....หลังการใช้ยา <input type="checkbox"/> อาการตามเกณฑ์บรรเทาลง แต่ยังไม่หาย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถบรรเทาอาการตามเกณฑ์ได้เลย ภายในระยะเวลาที่เกณฑ์กำหนด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้	
สรุปการติดตามผลการรักษาตามเกณฑ์	
<input type="radio"/> ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์ <input type="checkbox"/> มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย	
<input type="radio"/> ไม่ได้ผลการรักษาตามเกณฑ์ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....	
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยา <input type="checkbox"/> ไม่พบ ADR จากการใช้ยา <input type="checkbox"/> พบ ADR จากการใช้ยา ระบุ อาการ..... ADR PROBABILITY = <input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตาม ADR ได้ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....	

ภาคผนวก ก

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์

เลขที่รายงาน.....

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับของทางราชการโดยเฉพาะ)

ชนิดของรายงาน

Spontaneous Reporting System Intensive Clinical Trial

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

เพศที่ ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> HN <input type="checkbox"/> AN	ประเภท	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก	เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	อายุ	.....	เคยมีประวัติการแพ้ผลิตภัณฑ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ).....
ชื่อ/นามสกุล	.....	บ้านเลขที่	.....	บ้านเลขที่	.....	ภาวะอื่นๆของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้อง (โปรดระบุ ICD code กรณีทราบ)	.....	

ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ประเภทของผลิตภัณฑ์	<input type="checkbox"/> ยา/วัตถุเสพติด <input type="checkbox"/> ยาใหม่ (SMP) <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์ <input type="checkbox"/> วัคซีน/ตำรายาสมุนไพร					
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ชื่อสามัญ / ชื่อการค้า)	S, O	ขนาดและวิธีใช้	ว/ด/ป	ว/ด/ป	โรคหรือสาเหตุที่ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	แหล่งที่รับผลิตภัณฑ์
(ระบุผู้ผลิตผู้จำหน่าย/Lot No./Serial No./Exp. Data กรณีทราบ)	I T	(ความแรง, ปริมาณ, หน่วย, ความถี่, วิธีใช้)	ที่เริ่มใช้	ที่หยุดใช้	(ระบุ ICD CODE กรณีทราบ)	(1 หรือ 2)

T S = Suspected product หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่สงสัย, O = Other product หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่เข้าร่วม, I = Product interaction หมายถึง การมีปฏิกิริยาระหว่างผลิตภัณฑ์
แหล่งที่มา : 1 = ไม่ทราบแน่ชัด, 2 = แหล่งอื่น ๆ

ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบ (Adverse Events)	คำความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายที่อาจเป็นผลมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่สงสัย
ว/ด/ป ที่พบเหตุการณ์	.....

<p>ระดับความร้ายแรงของอาการ (Seriousness)</p> <p><input type="radio"/> ไม่ร้ายแรง (Non-serious)</p> <p><input type="radio"/> ร้ายแรง (Serious) คือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เสียชีวิต (Death) (ระบุ ว/ด/ป).....</p> <p><input type="checkbox"/> 2. อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-initial/prolonged)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. พิการ (Disability)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. ต้องการวิธีป้องกันความเสียหายหรือถูกทำลายอย่างถาวร (Required intervention to prevent permanent impairment or damage)</p>	<p>ภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</p> <p><input type="radio"/> หยุดใช้ (Dechallenge)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน (Definite improvement)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. อาการไม่ดีขึ้น (No improvement)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ (Unknown)</p> <p><input type="radio"/> ใช้ผลิตภัณฑ์ที่สงสัยต่อไป</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช้ต่อไปขนาดเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ใช้ต่อแต่ลดขนาดลง</p>	<p>ผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</p> <p><input type="checkbox"/> 1. หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> 2. หายโดยมีร่องรอยเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ยังมีอาการอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> 4. เสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ระบุ ICD Code).....</p> <p><input type="checkbox"/> เนื่องจากสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ระบุสาเหตุ).....</p> <p><input type="checkbox"/> 5. ไม่สามารถติดตามผลได้</p>
---	--	---

<p>ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงานและแหล่งที่รายงาน</p> <p>ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ.....</p> <p>เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/>เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>ชื่อผู้ประเมินบันทึกรายงาน.....</p> <p>เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/>เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>วันเดือนปีที่รายงาน.....</p> <p>สถานที่รายงาน.....</p> <p>จังหวัด.....โทร.....</p>	<p>ผลการประเมินความสัมพันธ์ของผลิตภัณฑ์กับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</p> <p>สาเหตุการเกิด</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ADR : ระดับความน่าจะเป็น</p> <p><input type="radio"/> 1.1 ชัดแน่นอน (Certain)</p> <p><input type="radio"/> 1.2 น่าจะใช่ (Probable)</p> <p><input type="radio"/> 1.3 อาจใช่ (Possible)</p> <p><input type="radio"/> 1.4 สงสัย (Unlikely)</p> <p><input type="radio"/> 1.5 ไม่สามารถระบุระดับ (Unclassified) (ระบุเหตุผล).....</p> <p><input type="checkbox"/> 2. อุบัติเหตุ / ผ่าตัดตาย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ใช้ในทางที่ผิด</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ความบกพร่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ (ระบุ).....</p>
--	--

ภาคผนวก ง

เลขที่แบบรายงาน.....

แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

โดยวิธี Naranjo's algorithm

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... วันที่มาโรงพยาบาล.....
 ชื่อยา.....อาการไม่พึงประสงค์.....

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	คะแนน
1. เคยมีสรุปหรือรายงานการปฏิกิริยานี้มาแล้วหรือไม่	+1	0	0	
2. อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับยาที่คิดว่า เป็นสาเหตุหรือไม่	+2	-1	0	
3. อาการไม่พึงประสงค์นี้ดีขึ้นเมื่อหยุดยาดังกล่าวหรือเมื่อให้ยา ด้านที่จำเพาะเจาะจง (specific antagonist) หรือไม่	+1	0	0	
4. อาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นอีกเมื่อเริ่มให้ยาใหม่ หรือไม่	+2	-1	0	
5. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น(นอกเหนือจาก ยา) ของผู้ป่วยได้หรือไม่	-1	+2	0	
6. ปฏิกิริยาดังกล่าวเกิดขึ้นอีก เมื่อให้ยาหลอกหรือไม่	-1	+1	0	
7. สามารถตรวจวัดปริมาณยาได้ในเลือด (หรือของเหลวอื่น) ใน ปริมาณความเข้มข้นที่เป็นพิษหรือไม่	+1	0	0	
8. ปฏิกิริยารุนแรงขึ้นเมื่อเพิ่มขนาดยาหรือลดความรุนแรงลง เมื่อลดขนาดยาหรือไม่	+1	0	0	
9. ผู้ป่วยเคยมีปฏิกิริยาที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้มาก่อน ใน การได้รับยารั้งก่อน ๆ หรือไม่	+1	0	0	
10. อาการไม่พึงประสงค์นี้ ได้รับการยืนยันโดยหลักฐานที่เป็น รูปธรรม (objective evidence) หรือไม่	+1	0	0	
รวม				

ระดับคะแนน

- | | |
|------------------------------|---|
| □ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 | ความสัมพัทธ์อยู่ในระดับ Definite ใ้แน่ |
| □ คะแนนเท่ากับ 5-8 | ความสัมพัทธ์อยู่ในระดับ Probable ใ้ |
| □ คะแนนเท่ากับ 1-4 | ความสัมพัทธ์อยู่ในระดับ Possible อาจจะใ้ |
| □ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0 | ความสัมพัทธ์อยู่ในระดับ Doubtful น่าสงสัย |

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

วันที่ประเมิน.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ยาจากสมุนไพร โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ยาจากสมุนไพร ในโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานอกจากจะนำไปประกอบการค้นคว้าอิสระแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลลอง ในการใช้ผลการสอบถามความคิดเห็นที่ได้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาจากสมุนไพร วางระบบความปลอดภัยในการใช้ยาจากสมุนไพร เป็นแนวทางในการศึกษาและดำเนินการประเมินการใช้ยา และส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ในโรงพยาบาลลองต่อไป

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือจากทุกท่าน โปรดตอบแบบสอบถาม ตามความคิดเห็นของท่าน ผลการศึกษาจะถูกวิเคราะห์ทางสถิติ และรายงานออกมาในภาพรวม การแสดงความคิดเห็นในครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยชุดคำถามทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ยาจากสมุนไพร

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ท่านเลือกหรือเติมข้อความในช่องว่าง ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อายุราชการ.....ปี
4. หน่วยงาน
- องค์กรแพทย์ งานบริการเภสัชกรรม งานห้องฉุกเฉิน
- งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน
5. ตำแหน่ง
- แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้จ่ายจากสมุนไพร

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ตามความเป็นจริง

ความคิดเห็น	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ความเชื่อมั่นในคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ในการใช้จ่ายจากสมุนไพร					
6. ท่านคิดว่าปัจจุบันมีผลการศึกษา/วิจัยที่เพียงพอ เพื่อรองรับ คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย จากการใช้จ่ายจากสมุนไพร ในประเทศไทย					
7. ท่านเชื่อมั่นในระบบการควบคุมคุณภาพการผลิตยาจากสมุนไพรในประเทศไทย					
8. ท่านเชื่อมั่นในระบบการควบคุมคุณภาพการผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน					
9. ยาจากสมุนไพรสามารถรักษาโรคให้หายได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน					

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10. ยาจากสมุนไพรให้ผลการรักษาที่เร็วกว่ายาแผนปัจจุบัน					
11. ยาจากสมุนไพรทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน					
ปัญหา อุปสรรคในการใช้ยาจากสมุนไพร					
12. การรักษาด้วยยาจากสมุนไพรมีค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน					
13. ยาจากสมุนไพรส่วนใหญ่ มีรูปลักษณะ เช่น กลิ่น สี และรสชาติ ไม่น่ารับประทาน					
14. ยาจากสมุนไพรชนิดรับประทานต้องรับประทานต่อครั้งในปริมาณที่มากกว่ายาแผนปัจจุบัน ทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้ในผู้ป่วย ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาจากสมุนไพรในผู้ป่วย					
15. ยาจากสมุนไพรมีจำนวนรายการยาน้อย ไม่ครอบคลุมโรค ทำให้ไม่สะดวกต่อการเลือกใช้ในการรักษาผู้ป่วย					
16. องค์ความรู้ด้านการใช้ยาจากสมุนไพรของผู้สั่งใช้ยา ยังไม่เพียงพอที่จะเลือกใช้ยาจากสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย					
การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร					
17. ควรมีการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในประเทศ เพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบันที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ					
18. ควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล					

ความคิดเห็น	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
19. ควรมีการเพิ่มจำนวนรายการยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเลือกใช้ในการรักษาผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น					
20. ควรมีการใช้ยาจากสมุนไพรบางรายการทดแทนในผู้ป่วยโดยไม่ใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน					
21. ควรมีการใช้ยาจากสมุนไพรบางรายการทดแทนในผู้ป่วยโดยใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน					
22. ควรมีการเพิ่มเติมและทบทวนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขในเรื่องการใช้ยาจากสมุนไพร อย่างสม่ำเสมอ					
23. ควรมีการสนับสนุน ส่งเสริม ความรู้ในเรื่องการใช้ยาจากสมุนไพร ให้กับประชาชน อย่างสม่ำเสมอ					

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง ตามความคิดเห็นของท่าน ตามความเป็นจริง

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

กรณีท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ญญ.คัทธียากรณ์ ไวโอเร็ด

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลลอง โทรศัพท : 054581661 ต่อ 140

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงวุฒิ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง/สังกัด

1. นายแพทย์วันชัย วันทนีวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่
2. เกศษกรหญิงบุษบากานต์ อุตระพงษ์ เกศษกรประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่
3. คุณศิริภรณ์ ภิญญาชูโต หัวหน้าสถานีอนามัยห้วยไร่ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดแพร่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวคัทลียากรณ์ ไวโอเร็ด
วัน เดือน ปี เกิด	3 มีนาคม 2514
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนารีรัตน์ จังหวัดแพร่
พ.ศ. 2532	
พ.ศ. 2538	สำเร็จการศึกษา ปริญญาเกศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2544	สำเร็จการศึกษา ปริญญานิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ประสบการณ์ทำงาน	
พ.ศ. 2538	เภสัชกรประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรพิษณุโลก
พ.ศ. 2539	เภสัชกรประจำโรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่
พ.ศ. 2540-ปัจจุบัน	เภสัชกรประจำโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่