

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติงาน

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

Pharmacist's patient profile

Name	HN. AN.	สิทธินัตร	Bed.
Sex Age Ocu.	Date of birth	Wt. Kg. Ht	
Race	Address		
Dx. on admission		Admit date	D/C date

CC :

HPI :

PMH :

MH :

FS/SH :

PE

Gen :

VS : T BP PP RR

HEENT :

Heart :

Lung :

Abd : Ext :

Neuro

CXR :

Problem List	C/S	Date
	Org.	
	Sens.	
	C/S	Date
	Org.	
	Sens.	

Laboratory value

Parameter	Normal	D :	D :	D :	D :	D :	D :	D :	D :	D :	D :
T											
BP											
P											
RR											

WBC	4.5-10.7										
N	40-70										
L	15-45										
M/E	2-10/1-6										
ATL											
Hct											
Hb											
Plt	1-4x10 ⁶										

BUN	10-15					TP	6-8				
Scr	0.5-2					Alb	3.5-5.5				
Uric a	3-7					T bil	0.1-0.5				
Glucose	75-110					Dbil	0-0.2				
Na	132-144					I bil	0-0.3				
K	3.5-5.5					AST	8-40				
Cl	100-110					ALT	5-35				
CO ₂	20-30					Alk					
Ca											

PH	7.35-7.45										
pCO ₂	35-45										
pO ₂	75-100										
HCO ₃	22-26										
SAT	95-98										

CSF : Color :	Pandy :	U/A	Sp :	pH :	Alb :
WBC :	PMN : L :		Sugar	RBC :	WBC :
Protein :	Sugar :		Cast :	Epith :	
CSF : Color :	Pandy :	U/A	Sp :	pH :	Alb :
WBC :	PMN : L :		Sugar	RBC :	WBC :
Protein :	Sugar :		Cast :	Epith :	
CSF : Color :	Pandy :	U/A	Sp :	pH :	Alb :
WBC :	PMN : L :		Sugar	RBC :	WBC :
Protein :	Sugar :		Cast :	Epith :	
Feces :	Feces :				

ภาคผนวก ด

สำหรับศูนย์แพทย์เป็นต้นฉบับที่ก	แบบรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	สำหรับศูนย์ APR ออ. เป็นต้นฉบับที่ก
เลขที่รายงาน ว/ด/ปที่รับรายงาน	(ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับของทางราชการโดยเฉพาะ) ชนิดของรายงาน <input type="checkbox"/> ใหม่ <input type="checkbox"/> ติดตามผลจากรายงานเดิม	เลขที่รายงาน ว/ด/ปที่รับรายงาน

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย					
เลขที่ผู้รับ <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)..... ภาวะอื่นๆของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้อง	
ชื่อ/นามสกุล					

ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ						
ประเภทของผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> ยาใหม่ (SMP) <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์ <input type="checkbox"/> วัสดุอันตราย						
ชื่อผลิตภัณฑ์ (ชื่อสามัญ / ชื่อการค้า) (ระบุชื่อผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย / Lot No. กรณีทราบ)	S, O I *	ขนาดและวิธีใช้ (ความแรง, ปริมาณ, หน่วย, ความถี่, วิธีใช้)	ว/ด/ป ที่เริ่มใช้	ว/ด/ป ที่หยุดใช้	โรคหรือสาเหตุที่ใช้ผลิตภัณฑ์ และ ICD CODE (กรณีทราบ)	

* S = Suspected product หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่สงสัย , O = Other product หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ร่วม , I = Product interaction หมายถึง การมีปฏิกิริยาต่อกันของผลิตภัณฑ์

ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์		
อาการอันไม่พึงประสงค์ที่พบ (ระบุ WHO Adverse Reactions Terms กรณีทราบ)	ICD CODE (กรณีทราบ)	คำความผิดปกติกทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกาย ที่อาจเป็นผลมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่สงสัย
ว/ด/ป ที่เริ่มเกิดอาการ		

ระดับความร้ายแรงของอาการ (Seriousness) <input type="radio"/> ไม่ร้ายแรง (Non - serious) <input type="radio"/> ร้ายแรง (Serious) คือ <input type="checkbox"/> 1. Death (ระบุ ว/ด/ป)..... <input type="checkbox"/> 2. Life-threatening <input type="checkbox"/> 3. Hospitalization--initial/prolonged <input type="checkbox"/> 4. Disability <input type="checkbox"/> 5. Congenital anomaly <input type="checkbox"/> 6. Required intervention to prevent permanent impairment or damage	ภายหลังเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ <input type="radio"/> หยุดใช้ (Dechallenge) <input type="checkbox"/> 1. อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน (Definite improvement) <input type="checkbox"/> 2. อาการไม่ดีขึ้น (No improvement) <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ (Unknown) <input type="radio"/> ใช้ผลิตภัณฑ์ที่สงสัยต่อไป <input type="checkbox"/> 1. ใช้ต่อไปขนาดเดิม <input type="checkbox"/> 2. ใช้ต่อแต่ลดขนาดลง	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> 1. หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม <input type="checkbox"/> 2. หายโดยมีร่องรอยเดิม <input type="checkbox"/> 3. ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> 4. ตาย-เนื่องจากอาการอันไม่พึงประสงค์ (ระบุ ว/ด/ป)..... <input type="checkbox"/> 5. ตาย-เนื่องจากอาจเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> 6. ตาย-เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ (ระบุสาเหตุ)..... <input type="checkbox"/> 7. ไม่สามารถติดตามผลได้
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน แผนกที่พบผู้ป่วย..... ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ชื่อผู้ประเมินบันทึกรายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน เลขที่รายงาน.....ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน..... ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน..... จังหวัด..... ผลการประเมินความสัมพันธ์ของผลิตภัณฑ์กับอาการอันไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> Certain <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Unlikely
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามประเมินแนวทศวรรษปฏิรูป
(กรณี) กองสภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระยา เทพรัตนบดินทร์
จัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อพัฒนาระบบการเรียนการสอน

เพื่อบรรเทาข้อจำกัดของระบบการเรียนการสอน

๑. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๒. ความจำเป็นของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๓. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๔. ความจำเป็นของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๕. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๖. ความจำเป็นของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๗. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๘. ความจำเป็นของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๙. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

๑๐. ความจำเป็นของการจัดตั้งบัณฑิตวิทยาลัย

แบบสอบถามใช้กับผู้ประกอบ

บัตรแพทย์

โปรดแสดงบัตรนี้ทุกครั้งที่รับการตรวจรักษาหรือรับยา
 เพื่อตรวจสอบว่าท่านได้รับยาที่อาจเกิดการแพ้ตามที่ระบุไว้หรือไม่

ชื่อ-สกุล.....HN.....
 ที่อยู่.....

 ropicprajantaw (ถ้ามี).....
 ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 โรงพยาบาล/สถานบริการ.....

ยาที่สงสัย (ชื่อการค้า)	อาการอันไม่ พึงประสงค์	ผลการ ประเมิน*	หน่วยงาน/ ชื่อผู้รายงาน	วคป.

หมายเหตุ *1 = ใช่แน่นอน 2 = น่าจะใช้ 3 = อาจจะใช้ 4 = สงสัย

ภาคผนวก จ

เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

	วันที่ / เวลา						
1. ทบทวนและบันทึกประวัติผู้ป่วย 2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3. บันทึกการใช้อายาในโรงพยาบาล 4. ค้นหาและประเมินปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้อายา 5. ประสานงานกับแพทย์และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ 6. ให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน							

	วันที่ / เวลา						
1. ทบทวนและบันทึกประวัติผู้ป่วย 2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3. บันทึกการใช้อายาในโรงพยาบาล 4. ค้นหาและประเมินปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้อายา 5. ประสานงานกับแพทย์และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ 6. ให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน							

Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II Sheet (ภาคผนวก จ)

Patient name HN Date of evaluation.....

Variable

Points Variable Value

Age (years)		0	7	12	15	16	18
		< 40	40-59	60-69	70-74	75-79	≥ 80
Heart rate (beats/min)	11 < 40	2 40-69	0 70-119	4 120-159	7 ≥ 160		
Systolic BP (mmHg)	13 < 70	5 70-99	0 100-199	2 ≥ 200			
Body temperature(°C)		0 < 39	3 ≥ 39				
PaO ₂ (mmHg/FiO ₂)	11 < 100	9 100-199	6 ≥ 200				
PaO ₂ (kPa/FiO ₂)	11 < 13.3	9 13.3-26.5	6 ≥ 26.6				
Urinary output (L/d)	11 < 0.500	4 0.500-0.999	0 ≥ 1.000				
Serum urea level (mmol/L)(g/L) or Serum urea nitrogen level (mg/dL)		0 < 10.0 (< 0.60) < 28	6 10.0-29.9 (6.0-1.79) 28-83	10 ≥ 30.0 (≥ 1.80) > 84			
WBC count (10 ³ /mm ³)	12 < 1.0	0 1.0-19.9	3 ≥ 20.0				
Serum potassium (mmol/L)	3 < 3.0	0 3.0-4.9	3 ≥ 5				
Serum sodium level (mmol/L)	5 < 125	0 125-144	1 ≥ 145				
Serum bicarbonate level (mEq/L)	6 < 15	3 15-19	0 ≥ 20				
Billirubin level (μmol/L, mg/dL)		0 < 68.4 (< 4.0)	4 68.4-102.5 (4.0-5.9)	9 ≥ 102.6 (≥ 6.0)			
Glasgow Coma Score	26 < 6	13 6-8	7 9-10	5 11-13	0 14-15		
Chronic diseases	9 Metastatic cancer	10 Hematologic malignancy	17 AIDS				
Type of admission		0 Scheduled surgical	6 Medical	8 Unscheduled surgical			
Sum of points							

Total SAPS II Score = Points

Risk of Hospital Death = %