

แบบบันทึกการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin  
โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี	
HN.....WCN.....	
อาชีพ.....การศึกษา.....	หยิบยารับประทานเอง ใช้อย่างไร
สิทธิการรักษา.....	อ่านหนังสือ ได้หรือไม่
ที่อยู่ติดต่อได้.....	สมุนไพร หรืออาหารเสริม.....
โทรศัพท์.....	สูบบุหรี่.....
โรคที่วินิจฉัย.....	แอลกอฮอล์.....
โรคประจำตัวอื่น ๆ.....	ประวัติการแพ้ยา/อาหาร.....
แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....	ตั้งครมภ์ ใช้อย่างไร

การประเมินความรู้ ความเข้าใจ  
(รู้ = 1, ไม่รู้ = 0, เข้าใจผิด = -1)

หัวข้อประเมิน	ก่อน	ติดตาม				
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
วันที่						
1. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า ยาเม็ดสีชมพู/สีฟ้า เป็นยาอะไร						
2. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า มีความจำเป็นในการกินยานี้ อย่างไร						
3. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า ยานี้มีผลข้างเคียงที่สำคัญ อะไรบ้าง						
4. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า หากลืมกินยา จะทำอย่างไร						
5. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า หากไปพบทันตแพทย์หรือแพทย์ ด้วยปัญหาเรื่องอื่น ๆ ควรบอกอะไร แก่ทันตแพทย์หรือแพทย์บ้าง						
6. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า หากเกิดอุบัติเหตุหรือมีบาดแผล ควรปฏิบัติอย่างไร						
7. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า ก่อนที่ซื้อยา สมุนไพร ยาหม้อ ยาลูกกลอน หรือ อาหารเสริม มากินเอง ต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร						
8. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่า การดำเนินชีวิต ประจำวันบางอย่าง เช่น พฤติกรรมในการบริโภค หรือการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ และอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้						
รวมคะแนน						



แบบบันทึกการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin

Date	Dose of warfarin	INR/Lab	DRP/ Complication	Intervention	Pharmacist	Follow up



ใช้สำหรับติดตามผู้ป่วยใน

## Pharmacy Drug Profile Chiangrai Regional Hospital

Name.....	HN.....	Ward / bed.....
Sex.....	Age.....	Height.....
	Weight.....	Allergy.....
Admission date.....	Discharge date.....	Follow up date.....
Pharmacist.....	Dr.....	Address.....

**CC :**

.....

.....

**HPI / PMH :**

.....

.....

.....

**Lab:**

.....

.....

.....

**Diagnosis / medical problem list :**

.....

.....

**Medication :**

Drug and regimen	Date start	Date stop	Drug and regimen	Date start	Date stop

### Pharmacist Work up of Drug Therapy

S / O	Assessment / DRPs	Plan / Monitor	Followed

## Warfarin Monitoring Sheet

### ข้อมูลผู้ป่วย

HN ..... ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... หอผู้ป่วย .....

### ชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง )

warfarin 2 mg (สีส้ม)     warfarin 3 mg (สีฟ้า)     warfarin 5 mg (สีชมพู)

### ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี	INR

วัน/เดือน/ปี	INR

**ถ้า INR > 4.0 แจ้งแพทย์**

### อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ (ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง )

- จำเลือดตามผิวหนัง
- ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
- มีเลือดออกทางปัสสาวะ
- มีเลือดออกทางตา
- เลือดออกตามไรฟัน
- มีเลือดออกทางเนื้อเยื่อ
- อาเจียนเป็นเลือด
- ประจำเดือนมามากผิดปกติ
- หรือภาวะเลือดออกอื่น ๆ

**พบอาการไม่พึงประสงค์ แจ้งแพทย์ หรือเภสัชกร ACC โทร 1281**

### รายการยาที่ควรเฝ้าระวัง (Drug-Drug Interaction significance level 1)

- ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs
- Amiodarone (Cordarone®)
- Aspirin
- Cimetidine
- Danazol (Ladogal®)
- Erythromycin
- Metronidazole
- Phenobabital
- Quinine
- Quinidine
- PTU
- Vitamin E
- Vitamin K
- Sulfonamides (Bactrim®, SDZ)

### โรคหรือสภาวะอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อค่า INR (Drug-Disease Interaction)

- Bleeding tendency
- Cancer
- CHF
- Diarrhea
- Fever
- Hyperthyroid
- Hypothyroid
- Hepatic disorder

โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ปรับปรุงล่าสุด 20 มิ.ย. 2549

# ภาคผนวก 6




## ตัวอย่าง ปฏิทินการรับประทานยา โรงพยาบาลชัยภูมิ

รับประทานยาให้ถูกต้องตามแบบให้ตรงวัน							ตารางรับประทานยารักษาวัณโรค
จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	



ปฏิทินสำหรับผู้ป่วยรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด  
 ตารางการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด (วาร์ฟาริน)

ชื่อผู้ป่วย.....แพทย์ผู้ดูแล.....เภสัชกร.....

อาทิตย์ SUN	จันทร์ MON	อังคาร TUE	พุธ WED	พฤหัสบดี THU	ศุกร์ FRI	เสาร์ SAT
			1 	2 	3 	4 
5 	6 	7 	8 	9 	10 	11 
12 	13 	14 	15 	16 	17 	18 
19 	20 	21 	22 	23 	24 	25 
26 	27 	28 	29 	30 	31 	

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โทร. 044-235075, 044-235078, 044-235079