

ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

เลขที่ใบสั่งยา : _____

สิทธิการรักษา : _____ วันที่ - เวลาส่งตรวจ : _____

หน่วยงาน : _____ เบอร์โทรศัพท์ : _____

HN : _____ ชื่อผู้ป่วย : _____

อายุ : _____ ปี _____ เดือน _____ วัน น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม. BSA _____

eGFR : _____ INR _____

แพ้ยา : _____

เหตุผลที่ ใช้ยา NED	บัญชียา	ชื่อยา - รูปแบบยา - ขนาดยา - วิธีใช้ยา	จำนวนยา
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		

แพทย์ผู้สั่งยา _____ (_____) รหัสแพทย์ _____ หน้า _____

สำหรับแพทย์ โปรดระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหลังชื่อยาในใบสั่งยา

A เกิดอาการข้างเคียงจากยา(ADR) หรือแพ้ยา D มี contraindication หรือ drug interaction ต่อยาที่ได้รับอยู่

B ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย E ยาในบัญชีหลักยาหลักๆ ราคาแพงกว่า

C ไม่มียาในบัญชียาหลักๆ ให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ยานี้ตามที่ อ.ย. กำหนด F ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

ผู้บันทึกข้อมูลยา _____ ผู้จ่ายยา _____ ผู้ตรวจสอบยา _____