

แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะแพ้ยา

เรียนเภสัชกรโรงพยาบาลเสลภูมิ

ข้าพเจ้าขอส่งต่อผู้ป่วย ที่สงสัยว่าจะมีอาการแพ้ยา/ประวัติแพ้ยา เพื่อทำ การชกัประวัติเพิ่มเติม และลงประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำ และเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไปดังนี้

เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....วันที่ได้รับยา.....

โรค/อาการที่เป็น.....

ยาที่สงสัยว่าน่าจะแพ้.....วันที่เกิดอาการ.....

อาการแพ้ที่เกิดขึ้น.....

ยาที่ได้รับทั้งหมด.....

* แพ้ยามีไม่สามารถคาดการณ์ได้แต่แพ้ยาซ้ำ เป็นอนัน ตรายถึงชีวิต เพื่อความปลอดภัยของท่าน กรุณานำ

แบบฟอร์มนี้ติดต่อเภสัชกรประจำโรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อประเมินการแพ้ยาและออกบัตรแพ้ยาต่อไป

ชื่อ-สกุล ผู้ส่งต่อผู้ป่วย.....ตำแหน่ง.....

รพ.สต.....โทรศัพท์.....

วัน /เดือน/ปีที่ส่งต่อผู้ป่วย.....เวลา.....

(เก็บไว้ที่รพ.สต)

แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะแพ้ยา

เรียนเภสัชกรโรงพยาบาลเสลภูมิ

ข้าพเจ้าขอส่งต่อผู้ป่วย ที่สงสัยว่าจะมีอาการแพ้ยา/ประวัติแพ้ยา เพื่อทำ การชกัประวัติเพิ่มเติม และลงประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำ และเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไปดังนี้

เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....วันที่ได้รับยา.....

โรค/อาการที่เป็น.....

ยาที่สงสัยว่าน่าจะแพ้.....วันที่เกิดอาการ.....

อาการแพ้ที่เกิดขึ้น.....

ยาที่ได้รับทั้งหมด.....

* แพ้ยามีไม่สามารถคาดการณ์ได้แต่แพ้ยาซ้ำ เป็นอนัน ตรายถึงชีวิต เพื่อความปลอดภัยของท่าน กรุณานำ

แบบฟอร์มนี้ติดต่อเภสัชกรประจำโรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อประเมินการแพ้ยาและออกบัตรแพ้ยาต่อไป

ชื่อ-สกุล ผู้ส่งต่อผู้ป่วย.....ตำแหน่ง.....

รพ.สต.....โทรศัพท์.....

วัน /เดือน/ปีที่ส่งต่อผู้ป่วย.....เวลา.....

(ส่งต่อไปที่โรงพยาบาล)