



แบบฟอร์มตอบกลับ หลังประเมินผู้ป่วยผู้ที่สงสัยว่าจะแพ้ยา

เรียนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ข้าพเจ้าขอส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีอาการแพ้ยา/ประวัติแพ้ยา เพื่อลงบันทึกประวัติข้อมูลใน HosPCU และ ติดสติ๊กเกอร์ลง Family folder เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำ เพื่อเป็นประโยชน์ในการ รักษาต่อไป ดังนี้

เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....วันที่ได้รับยา.....

โรค/อาการที่เป็น.....

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

อาการแพ้ที่เกิดขึ้น.....

สรุปผลการประเมิน () ≥ 9 แสดงว่า ใช้นั้น (Definite) () 5-8 แสดงว่า น่าจะใช้ (Probable)

() 1-4 แสดงว่า อาจจะใช้ (Possible) () ≤ 0 แสดงว่า ไม่น่าจะใช้ (Unlikely)

การดำเนินการที่ได้ทำไว้แล้ว () ลงประวัติแพ้ยาใน Hos- XP () ออกบัตรแพ้ยา () อื่นๆ.....

ชื่อ-สกุล ผู้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย.....ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

วัน /เดือน/ปีที่ส่งต่อผู้ป่วย.....เวลา..... (ส่งกลับไปที่รพ.สต)



แบบฟอร์มตอบกลับ หลังประเมินผู้ป่วยผู้ที่สงสัยว่าจะแพ้ยา

เรียนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ข้าพเจ้าขอส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีอาการแพ้ยา/ประวัติแพ้ยา เพื่อลงบันทึกประวัติข้อมูลใน HosPCU และ ติดสติ๊กเกอร์ลง Family folder เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำเพื่อเป็นประโยชน์ในการ รักษาต่อไป ดังนี้

เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....วันที่ได้รับยา.....

โรค/อาการที่เป็น.....

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

อาการแพ้ที่เกิดขึ้น.....

สรุปผลการประเมิน () ≥ 9 แสดงว่า ใช้นั้น (Definite) () 5-8 แสดงว่า น่าจะใช้ (Probable)

() 1-4 แสดงว่า อาจจะใช้ (Possible) () ≤ 0 แสดงว่า ไม่น่าจะใช้ (Unlikely)

การดำเนินการที่ได้ทำไว้แล้ว () ลงประวัติแพ้ยาใน Hos- XP () ออกบัตรแพ้ยา () อื่นๆ.....

ชื่อ-สกุล ผู้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย.....ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

วัน /เดือน/ปีที่ส่งต่อผู้ป่วย.....เวลา..... (เก็บไว้ที่โรงพยาบาล)