

Medication Reconciliation Form

- OPD
- IPD ward.....

ชื่อ.....HN.....วันที่ติดตามประวัติยา.....ประวัติการแพ้ยา.....

สำหรับแพทย์/พยาบาล

เหตุผลการสั่งทำ Medication reconciliation

- สงสัยเรื่องความร่วมมือการกินยา (Adherence)
- สงสัย Drug interaction
- ขอรับยาต่อเนื่องจากสถานพยาบาลอื่น (ไม่ได้นำประวัติการรักษามา)
- สงสัยว่ามียานอกเหนือจากยาที่รับจากสถานพยาบาล เช่น (ร้านขายยา/ร้านชำ/online)
- ต้องการประวัติยาเดิมนานหลังมากกว่า 6 เดือน ระบุช่วงเวลา.....
- อื่นๆ (โปรดระบุ)

เงื่อนไขการติดตามประวัติยาเดิม : รับยาจากสถานพยาบาลอื่นนอกเหนือจาก
รพ.เฉลิมพระเกียรติฯระยองไม่เกิน 6 เดือน และ/หรือขาดยาไม่เกิน 6 เดือน

ลงชื่อแพทย์ผู้ส่ง.....

แหล่งรับยา.....

ที่มาของข้อมูล.....

รายการยาที่มีในรพ.เฉลิมพระเกียรติฯระยอง	วันที่บริหารยาล่าสุด	วิธีใช้
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
รายการยาที่ไม่มีในรพ.เฉลิมพระเกียรติฯระยอง	วันที่บริหารยาล่าสุด	วิธีใช้
1		
2		
3		
4		
5		

สำหรับเภสัชกร

ความเห็นเภสัชกร (Pharmacist's diagnosis)

.....

.....

.....

.....

ความเห็นเภสัชกรหลังพบแพทย์

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อเภสัชกร.....