แบบการประเมินการใช้ยา Azithromycin dry syrup 200 mg/5ml

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย... HN……….…………AN………………อายุ............ปี

สิทธิการรักษา……………………………………………………………………………………….

Diagnosis/Underlying disease……………………………………………………………………

เหตุผลประกอบการใช้ยา

☐ ใช้ในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ salmonella ที่เป็น G6PD

☐ อื่นๆ(ระบุ)…………………………….………………..(consult กุมารแพทยแล้ว โปรดระบุชื่อ กุมารแพทย์ที่รับ consult …………………………………)

....

( )

แพทย์ผู้สั่งจ่าย

วันที่.................................

หมายเหตุ: กรณี แพทย์ GP ใช้เหตุประกอบการใช้ยาอื่นๆ โปรด consult กุมารแพทย์