Medication Reconciliation Form

- o OPD ....
- o IPD ward..

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

สำหรับแพทย์/พยาบาล

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

เหตุผลการส่งทำ Medication reconciliation

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

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...

**** โปรดส่ง Medication Reconciliation Form คืนฝ่ายเภสัชกรรมทุกครั้ง ****