

## แบบฟอร์มการทบทวนการใช้ยาและแก้ไขปัญหาการใช้ยา (MTM – Medication Therapy Management)

 MTM ที่ร้าน walk in MTM ที่บ้านผู้ป่วย (HV) refer จากหน่วยบริการ.....

วัน/เดือน/ปี ที่ให้บริการ ครั้งแรก.....ร้านยาที่ให้บริการ.(ชื่อร้าน).....

ชื่อ-สกุล..... วดป เกิด.....

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่.....

จังหวัด..... โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(มือถือ).....

## คำยินยอม

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของแผนงานฯและสมัครใจเข้ารับบริการ โดยยินยอมให้เภสัชกรผู้ให้บริการตามแผนงานฯนี้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและอนุญาตให้ผู้ควบคุมข้อมูลของแผนงานฯ เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าไว้จนสิ้นสุดระยะเวลาของโครงการฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของข้าพเจ้าเองและเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรชุมชน โดยจะต้องเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและอนุญาตให้เปิดเผยหรือใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในรูปแบบที่ไม่ระบุตัวตนของข้าพเจ้าฯ เท่านั้นและอนุญาตให้ส่งข้อมูลดังกล่าวของข้าพเจ้าเชื่อมต่อกับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อการส่งต่อการรับบริการและการรายงานในภาพรวมของประเทศ

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ+ผู้ให้คำยินยอม วดป ที่ให้คำยินยอม.....

- 1 อาชีพ  0. ไม่ระบุ  1. ไม่มีอาชีพ  2. เกษตรกรรม  3. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ  
 4. พนักงานบริษัทเอกชนหรือลูกจ้างบริษัท  5. นักเรียน/ นักศึกษา  6. พระ/ นักบวช  
 7. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  8. รับจ้างทั่วไป

2. สิทธิทางการรักษา  0. ไม่ระบุ  1. เบิกต้นสังกัด/ข้าราชการ  2. ชำระเงินเอง  3. ประกันสังคม  
 4. ประกันชีวิต  5. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หน่วยบริการ / รพ ประจำ 1.....2.....3.....

## 3. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

0. ไม่สูบบุหรี่  1. สูบบุหรี่  2. เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (รายที่สูบบุหรี่ให้เข้าสู่บริการเลิกบุหรี่ต่อไป)

## 4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

0. ไม่ดื่ม  1. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว  2. ดื่ม.....ครั้ง/เดือน ระบุปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง.....

## 5. แหล่งที่ได้รับยา

1. โรงพยาบาลของรัฐ ระบุ.....  2. โรงพยาบาลเอกชน ระบุ.....  
 3. คลินิก ระบุ.....  4. ร้านยา ระบุ.....  5. อื่นๆ ระบุ.....

## 6 โรคที่เป็น

- 1.....เป็นมานาน.....ปี  
 2.....เป็นมานาน.....ปี  
 3.....เป็นมานาน.....ปี  
 4.....เป็นมานาน.....ปี  
 5.....เป็นมานาน.....ปี





## แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับจากโรงพยาบาล

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี

รายละเอียด	ค่าปกติ	หน่วย	วัน/เดือน/ปี					
BP	<120/80	mmHg						
HR	60-100	/min						
FBS	75-110	mg%						
HbA1C	<6	%						
TC	<200	mg%						
TG	<150	mg%						
LDL-c	0-100	mg%						
HDL-C	40-60	mg%						
BUN	7-25	mg%						
Scr	0.7-1.4	mg%						
CrCL	90-130	mg%						
GFR	>90	ml/min						
Uric acid	3.5-7.5	mg%						
Alb	3.2-5.0	g%						
AST	0-42	U/L						
ALT	0-48	u/L						
ALP	20-125	U/L						
T-billi	0.3-1	mg%						
D-billi	0.1-0.3	mg%						
Urine Albumin	0	g%						
INR	2-3	-						

## คำยินยอม/อนุญาตให้เภสัชกรเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว

ข้าพเจ้าได้รับทราบวิธีการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วโดยเภสัชกรร้านยาและอนุญาตด้วยความสมัครใจให้เภสัชกรเป็นผู้เจาะให้

- อนุญาต ครั้งที่ 1 : วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
- อนุญาต ครั้งที่ 2 : วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
- อนุญาต ครั้งที่ 3 : วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
- อนุญาต ครั้งที่ 4 : วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
- อนุญาต ครั้งที่ 5 : วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
- อนุญาต ครั้งที่ 6 : วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
- อนุญาต ครั้งที่ 7 : วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ



Date	PE + Laboratory	DRP/ปัญหาพฤติกรรม	Interventions +Plan+FU	Pharmacist
		Drug related problems	Interventions  Plan  FU	
		ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ	Interventions  Plan  FU	
			Interventions  Plan  FU	
			Interventions  Plan  FU	
			Interventions  Plan  FU	
			Interventions  Plan  FU	