วันที่ประเมิน..

แบบฟอร์มบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผลการทดสอบสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว

1. **รายละเอียดผู้ป่วย**

   ชื่อผู้ป่วย.. โรคประจำตัว...... ....

   ที่อยู่ ....รพ.สต..

2. **ผลตรวจเยี่ยมผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ในบ้าน**

   ☐ **ไม่พบปัญหา** ☐ พบปัญหา คือ (เลือกตามตัวเลือกด้านล่าง)

   ☐ ยา ☐ อาหาร ☐ เครื่องสำอาง ☐ อื่นๆ..

3. **สภาพปัญหาผลิตภัณฑ์ที่พบ**

   ☐ ไม่ได้ขออนุญาต (ไม่มีเลขที่อนุญาต) ☐ โฆษณาเกินจริง ☐ สงสัยมีสารปนเปื้อน

   ☐ มีผลต่ออาการเจ็บป่วย ☐ เกิดอาการข้างเคียง ☐ อื่นๆ.......................................

   รายละเอียดของผลิตภัณฑ์และแหล่งที่มา โปรดระบุ (ชื่อสินค้า/สถานที่ผลิต/เลขที่ได้อนุญาต(กรณีที่มี) /ข้อมูลอื่นๆ)

   ....

   ....

4. **ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ** เช่น อาหารเสริมต้องมี อย. / ดูวันผลิต วันหมดอายุได้ / ทราบว่าอาหารเสริมไม่สามารถรักษาโรคได้ / รู้จักเลขทะเบียนยา

   ☐ มีความรู้ ☐ ไม่มีความรู้

5. **การสำรวจยาในบ้าน พบยาเหล่านี้ในบ้าน**

   ☐ ยาชุด ☐ ยาสเตียรอยด์ ☐ ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ ☐ ยาที่ไม่มีทะเบียน

   ☐ อื่นๆ .... ☐ **ไม่พบ**

   หากมีรายละเอียดของผลิตภัณฑ์/แหล่งที่มา โปรดระบุเพิ่มเติม

   ....

   ....

6. **ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง** เช่น ทราบอันตรายของการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ขึ้นทะเบียน / ทราบอันตรายของยาชุด ยาสเตียรอยด์ / ทราบแหล่งในการรับยาที่เหมาะสม (ยาอันตรายซื้อในร้านชำได้หรือไม่) / หากรับประทานยาปฏิชีวนะไม่หมดจะเป็นอย่างไร

   ☐ มีความรู้ ☐ ไม่มีความรู้

7. กรณีมีแผนโบราณที่ต้องสงสัยว่ามีสเตียรอยด์ จากการตรวจสอบฉลาก

   ทะเบียนยา ☐ ไม่มี ใช้รักษาอาการ...

   ☐ มี ชื่อยา.............................. ทะเบียนยา .... สถานที่ผลิต..

   ผลการตรวจด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์เบื้องต้น ☐ ไม่พบ ☐ พบ

ชื่อ-สกุล .... ตำแหน่ง.. **ผู้ตรวจเยี่ยม**

ออกแบบแบบประเมินโดย ฝ่าย อาหาร ยาฯ สสจ.สงขลา ม.ค. 62