



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

สมุดบันทึก

Health

สุขภาพผู้ป่วย

ที่รักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1

Diary

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล

อายุ ปี เพศ..... สัญชาติ อาชีพ

ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์

หมายเลขประจำตัวของการป่วย (TB Number) หมายเลขประจำตัวที่โรงพยาบาล (HN)

ชื่อผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โทรศัพท์

จำนวนคนที่นอนบ้านเดียวกับผู้ป่วย : อายุต่ำกว่า 5 ปี คน และตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป คน

ประเภทการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค วันที่เริ่มรักษา

สูตรยา น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม.)

ผลเสมหะ (AFB) ก่อนเริ่มรักษา วันที่คาดว่าจะรักษาครบ

ผลตรวจการดื้อยาวัณโรค (DST) ก่อนเริ่มรักษา วันที่เก็บเสมหะ

ชื่อสถานที่รักษา

ชื่อเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาล โทรศัพท์

ชื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลผู้ป่วย โทรศัพท์

คำนำ

ไวรัสยังคงมีอยู่ในประเทศไทย ซึ่งไวรัสโรคติดต่อโดยการหายใจเอาเชื้อไวรัสเข้าไปในร่างกาย หากใครที่ร่างกายอ่อนแอ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย มีโอกาสป่วยเป็นไวรัสโรคได้ง่าย แต่**ไวรัสโรครักษาหายถ้าคนไข้กินยาทุกวันจนครบกำหนด**

การรักษาไวรัสโรคส่วนใหญ่ใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งยารักษาไวรัสโรคอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผื่น คัน ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว ซาปลายมือปลายเท้า เป็นต้น โดยอาการข้างเคียงจะมีมากในช่วง 2 เดือนแรก และค่อยๆ หายไป ดังนั้นคนไข้ต้องอดทน กินยาทุกมื้อและจดไว้ทุกวัน จดอาการข้างเคียงไว้ด้วย เพื่อหมอจะได้ให้ยารักษาอาการต่างๆ ได้ถูกต้อง ถ้าคนไข้ลืมกินยา ทำยาหาย หรือยาหมด ขอให้รีบโทรศัพท์แจ้งพยาบาล เพราะการ**ไม่กินยาทุกวันอาจทำให้เกิดเชื้อไวรัสโรคื้อยา** ซึ่งรักษายาก ต้องกินยารักษานาน 1-2 ปี

สมุดบันทึกเล่มนี้จัดทำให้ **คนไข้ไวรัสโรค และคนที่ช่วยดูแลการกินยาของคนไข้** มีวัตถุประสงค์คือ ให้ความรู้เรื่องไวรัสโรค การรักษา การดูแลตัวเอง และจดการกินยาขอให้คนไข้ นำสมุดบันทึกไปโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อหมอจะได้รู้ว่าคนไข้มีอาการดีขึ้นมากหรือน้อย ช่วยสั่งยาให้ถูกต้องและคนไข้รักษาหายได้ในที่สุด

1

สาเหตุ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ มัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลสิส รูปร่างเป็นแท่งเล็กๆ มีขนาดเล็กมากจนมองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ต้องย้อมสีพิเศษและดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จึงจะเห็นตัวเชื้อวัณโรค

วัณโรคเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ต่อม้ำเหลือง ผิวหนัง กระดูก สมอง เป็นต้น แต่ส่วนมากเป็นที่ปอด เรียกว่า วัณโรคปอด

2

อาการวัณโรคปอด

1. ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์
2. ไอแห้งหรือมีเสมหะ และอาจมีไอเป็นเลือด
3. มีไข้ต่ำๆ อาจเกิดตอนบ่าย ตอนเย็น หรือตอนกลางคืน และอาจมีเหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน
4. อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง
5. เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก

หมายเหตุ คนใช้วัณโรคที่ป่วยระยะเริ่มแรก อาจไม่มีอาการใดๆ

ไวรัสติดต่อทางการหายใจ จะแพร่จากผู้ป่วยไวรัสไปสู่คนอื่นทางละอองเสมหะขนาดเล็ก ซึ่งเกิดจากการไอ จาม โดยพบว่าการไอหนึ่งครั้ง เกิดละอองเสมหะจำนวนมาก ซึ่งละอองเสมหะเหล่านี้ สามารถอยู่ในอากาศหลายชั่วโมง และเมื่อมีคนหายใจเอาเชื้อไวรัสโรคเข้าไปในร่างกายแล้ว เชื้อไวรัสจะเข้าไปจนถึงถุงลมปอด และเกิดอาการอักเสบได้

คนไข้สามารถป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสให้คนอื่นใกล้ชิด ด้วยวิธีต่อไปนี้

1. สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่นอกบ้าน และในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง โดยสวมนานจนกว่าหมอหรือพยาบาลบอกคนไข้ว่าไม่พบเชื้อไวรัสโรคในเสมหะแล้ว หากไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอจาม
2. ช่วงแรกที่ยังเริ่มรักษาและหมอบอกว่ายังตรวจพบเชื้อไวรัสโรคในเสมหะของคนไข้ ให้นอนคนเดียวเพื่อไม่ให้คนอื่นใกล้ชิดติดไวรัสโรค
3. จัดสถานที่ในบ้านให้สะอาด เช่น นำที่นอน หมอน มุ้ง ไปตากแดด เปิดหน้าต่าง ปล่อยให้อากาศถ่ายเท
4. เมื่ออยู่บ้าน อย่านั่งเหนือลม ให้นั่งใต้ลม หรือนั่งไกลจากพัดลม ไม่มีคนอื่นนั่งข้างหลังคนไข้
5. เมื่ออยู่บ้านหากเสมหะใส่ถุงพลาสติก โดยใส่น้ำยาล้างจาน หรือน้ำผสมผงซักฟอกไว้ในถุงพลาสติกนั้น และเทเสมหะทิ้งในโถส้วม
6. ไม่หากเสมหะลงพื้น ไม่หากเสมหะในห้องน้ำ
7. หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส ให้สวมหน้ากากอนามัย
8. หากไปในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ให้สวมหน้ากากอนามัย

4

การดูแลตนเอง

1. วัคซีนโรครักษาให้หายได้ โดยกินยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
2. กินยาทุกชนิด ทุกเม็ด ทุกวัน
3. มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
4. มีอาการข้างเคียงมาก ควรพบหมอทันที เช่น
 - ก. คลื่นไส้ อาเจียนมาก
 - ข. ตัวเหลือง ตาเหลือง
 - ค. อ่อนเพลีย ลุกเดินไม่ไหว
 - ง. ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว หลังจากกินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น
 - จ. มีผื่นทั่วตัว มีไข้ มีแผลในช่องปาก
5. กินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้
6. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
7. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์
8. หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะทำให้กรดในกระเพาะหลังมากขึ้น
9. งดสูบบุหรี่ขณะรักษาวัณโรค
10. พักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ
11. ออกกำลังกายเหมาะสม สม่ำเสมอ
12. ลดความวิตกกังวลและขจัดความเครียด

คนไข้ควรรักษาความสะอาดอื่นๆ เพื่อให้ร่างกายไม่ป่วยเป็นโรคอื่นอีก

1. ล้างมือบ่อยๆ เช่น ก่อนกินข้าว หรือ หลังจากเข้าห้องน้ำ
2. ใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับคนอื่น
3. ไม่ใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกันคนอื่น

การกินยาวัณโรคอาจทำให้เกิดอาการอื่นร่วมด้วย คนไข้ควรสังเกตอาการเหล่านี้ และจดอาการไว้ในสมุดเล่มนี้ทุกวันเพื่อช่วยหมอให้การรักษาได้ถูกต้อง

1. คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
2. เบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย
3. ชาปลายมือ ปลายเท้า
4. ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดเมื่อยตามตัว
5. มีผื่นคันตามตัว
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง
7. สายตาฝ้าฟาง มองไม่ชัดเจน

คำแนะนำในการเก็บยาวัณโรคไว้ที่บ้าน

คนไข้ทุกคนมีคนดูแลการกินยา และ คนไข้ควรฝากยาไว้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานีนอนามัยและไปรับยามาเก็บไว้ที่บ้านครั้งละ 1 สัปดาห์ **คนไข้ไม่ควรเก็บยาทั้งเดือนไว้ที่บ้านเพราะยาวัณโรคมีโอกาสเสื่อมได้** ถ้าเก็บไว้บริเวณที่มีแสงแดดส่อง มีความร้อน (อุณหภูมิเกิน 30 องศาเซลเซียส) และบริเวณที่ชื้น วิธีการเก็บยาวัณโรคที่บ้านให้ถูกต้องมีดังนี้

1. เก็บถุงยาไว้ในกล่องพลาสติกที่กันน้ำ
2. แกะยาออกจากซองยาก่อนกินยาเท่านั้น เพราะหากแกะยาจากซองไว้ล่วงหน้าอาจทำให้ยาขึ้นได้
3. ไม่แขวนกล่องยาหรือถุงยาไว้บริเวณผนังบ้าน เพราะผนังบ้านมีแดดส่องด้านนอก ทำให้ผนังร้อนมาก
4. ไม่เก็บกล่องยาไว้บนหลังตู้เย็น ใกล้หม้อหุงข้าว หรือใกล้กระติกน้ำร้อน

1. การกินยารักษาไวรัสโรคต้องกินยาต่อเนื่อง จนครบการรักษา (อย่างน้อย 6 เดือน)
2. การกินยาไม่ต่อเนื่องทุกวันหรือขาดยาเป็นสิ่งที่อันตรายมาก เพราะทำให้รักษาไม่หาย และอาจเกิดไวรัสโรคชนิดเชื้อดื้อยา
3. ถ้าลืมกินยา ให้กินยามื้อที่ลืมทันทีที่นึกได้ และให้กินยามื้อต่อไปซึ่งเป็นวันเดียวกันห่างกันนานที่สุด ถ้ากังวลว่าทำไม่ถูกต้อง ขอให้รีบโทรสอบถามพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. เมื่อกินยารักษาไวรัสโรคได้ 2-3 สัปดาห์ อาการป่วยอาจดีขึ้น ห้ามหยุดยาเองต้องกินยาต่อไปอีกจนครบการรักษา (อย่างน้อย 6 เดือน)
5. การรักษาไวรัสโรคชนิดดื้อยา มีโอกาสหายน้อยมากต้องใช้เวลารักษานานขึ้น
6. ขอให้บอกคนที่นอนในบ้านเดียวกับคนไข้ หรือคนที่ใกล้ชิดกัน มาตรวจไวรัสโรคที่โรงพยาบาล เพราะมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสโรค โดยเฉพาะเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเด็กต้องกินยาป้องกันการป่วยเป็นไวรัสโรค

วิธีการเก็บเสมหะที่ถูกต้อง เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสโรค

1. เก็บเสมหะในที่โล่งมีแสงแดดส่อง ห้ามเก็บเสมหะในห้องน้ำ ห้ามเก็บเสมหะในบ้าน
2. เก็บเสมหะตอนเช้า หลังจากตื่นนอนทันที
3. ให้บ้วนปากให้สะอาดและเก็บเสมหะก่อนแปรงฟัน
4. ให้อยกกระปุกเสมหะให้ชิดริมฝีปากล่าง ขากเสมหะ 1 ซ่อนซาและปิดฝาให้สนิท
5. ห้ามส่งน้ำลายตรวจ
6. นำกระปุกเสมหะส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ตอนที่ปกสมุด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดด้วย)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

บันทึกการกินยาประจำวัน

เดือนที่ ระหว่างวันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน

วันที่กินยา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ว/ด/ป																														
อาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
1. คลื่นไส้ อาเจียน																														
2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย																														
3. ซาปลายมือ ปลายเท้า																														
4. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ																														
5. มีผื่น คัน																														
6. ตัวเหลือง ตาเหลือง																														
7. สายตามัว มองไม่ชัด																														
8. หูอื้อ มีเสียงดังในหู (ถ้ามีติดต่อกับ)																														
9. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
10. อาการอื่นๆ ระบุ.....																														
11. ไม่ได้กินยา																														

- หมายเหตุ**
1. วันที่กินยาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการในข้อ 1-10
 2. วันที่ไม่ได้กินยาเขียนเครื่องหมาย ○ ในข้อ 11
 3. วันที่นัดรับยา ขอให้พยาบาลเขียนเครื่องหมาย X ตรงกับวันที่ ในแถว ว/ด/ป
 4. อาการข้อ 4 ดูที่ปกสมุดด้านหลัง หากปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ ให้จดว่าการปวดวันนี้ให้คะแนนเท่าไร ใช้คะแนน 0-10 โดย 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ได้

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกวันนัดและผลการตรวจเสมหะ

ว/ด/ป ที่นัดตรวจ	เดือนที่รักษาวัณโรค	ผลเสมหะ	น้ำหนัก	หมายเหตุ

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกผลการรักษา

วันที่.....

- 1. รักษาหาย
- 2. กินยาครบ
- 3. ล้มเหลวต่อการรักษา
- 4. เสียชีวิตระหว่างรักษา โปรดระบุสาเหตุ.....
- 5. ขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน
- 6. โอนออกไปไม่ทราบผลการรักษา

เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกการส่งต่อ/การขอโอนย้าย

วันที่ส่ง ทะเบียนเลขที่ (TB No.)

ชื่อเจ้าหน้าที่ที่ส่งต่อ/โอนย้าย โทรศัพท์

สถานพยาบาลที่ส่ง ประเภทการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

ระบบยา สถานพยาบาลที่รับ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.
2. International Council of Nurses. Nursing guide for managing side effects to drug-resistant TB treatment. Geneva, 2018.
3. Williams G, Tudor C, Jittimanee S et al. Best practice for the care of patients with tuberculosis: a guide for low-income countries. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2017.

เครื่องมือวัดระดับความรู้สึกรู้ปวดด้วยการแสดงสีหน้า
(Wong Baker Scale)

