

**แบบบันทึกการ Re-challenge ผู้ป่วยแพ้ยารักษาวัณโรค**

**ชื่อผู้ป่วย ${pname}**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วันที่** | **รายการยา** | **อาการ** | **เจ้าหน้าที่** |
| ${date1} | ${data1} |  |  |
| ${date2} | ${data2} |  |  |
| ${date3} | ${data3} |  |  |
| ${date4} | ${data4} |  |  |
| ${date5} | ${data5} |  |  |
| ${date6} | ${data6} |  |  |
| ${date7} | ${data7} |  |  |
| ${date8} | ${data8} |  |  |
| ${date9} | ${data9} |  |  |
| ${date10} | ${data10} |  |  |
| ${date11} | ${data11} |  |  |
| ${date12} | ${data12} |  |  |
| ${date13} | ${data13} |  |  |
| ${date14} | ${data14} |  |  |
| ${date15} | ${data15} |  |  |
| ${date16} | ${data16} |  |  |

\*\* ถ้าผู้ป่วยมีอาการของผื่นแพ้ยาหรือมีอาการคันตามร่างกายให้บันทึกอาการลงในช่องอาการและรายงานเภสัชกรทราบ\*\*