**แบบรายงานการทบทวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการรับบริการแพทย์แผนไทย**

**รพ.สต................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อมูลของผู้รับบริการ** | | | | | | |
| **ประเภท**  **ผู้ป่วยนอก**  **HN…………………**  **วัน เดือน ปี**  **………………………** | **เพศ**  **ชาย**    **หญิง** | **อายุ............ปี** | **โรค/อาการที่มารับบริการ**  **…………………………...**  **……………………………**  **……………………………** | | **ประวัติการแพ้**  **มี**  **ระบุ.......................**  **ไม่มี**  **ระบุ........................** | **บริการที่ได้รับ**  **ยาสมุนไพร การนวด**  **อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร**  **ทับหม้อเกลือ อื่นๆ..............** |
| **ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์** | | | | | | |
| **การใช้ยาสมุนไพร**  ไม่เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ระบุ...................................................................................  ……………………………………………………………………………….  วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีเหตุการณ์/อาการ................................  ระยะเวลาที่มีอาการ..................วัน  ความรุนแรงของเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ไม่ร้ายแรง  ร้ายแรง  การรักษา/คำแนะนำที่ให้....................................................  ..................................................................................................... | | | | **การนวด**  ไม่เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ระบุ....................................................................................  ……………………………………………………………………………….  วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีเหตุการณ์/อาการ................................  ระยะเวลาที่มีอาการ..................วัน  ความรุนแรงของเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ไม่ร้ายแรง  ร้ายแรง  การรักษา/คำแนะนำที่ให้....................................................  ........................................................................................................ | | |
| **การอบสมุนไพร**  ไม่เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ระบุ.....................................................................................  ................................................................................................  วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีเหตุการณ์/อาการ................................  ระยะเวลาที่มีอาการ..................วัน  ความรุนแรงของเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ไม่ร้ายแรง  ร้ายแรง  การรักษา/คำแนะนำที่ให้....................................................  ....................................................................................................... | | | | **การประคบสมุนไพร**  ไม่เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ระบุ....................................................................................  ..............................................................................................  วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีเหตุการณ์/อาการ................................  ระยะเวลาที่มีอาการ..................วัน  ความรุนแรงของเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ไม่ร้ายแรง  ร้ายแรง  การรักษา/คำแนะนำที่ให้....................................................  ........................................................................................................ | | |
| **การทับหม้อเกลือ**  ไม่เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ระบุ.......................................................................................  ………………………………………………………………………………………....  วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีเหตุการณ์/อาการ..................................  ระยะเวลาที่มีอาการ..................วัน  ความรุนแรงของเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ไม่ร้ายแรง  ร้ายแรง  การรักษา/คำแนะนำที่ให้....................................................  ...................................................................................................... | | | | **อื่นๆระบุ.................................................**  ไม่เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  เกิดเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ระบุ....................................................................................  ……………………………………………………………………………….  วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีเหตุการณ์/อาการ................................  ระยะเวลาที่มีอาการ..................วัน  ความรุนแรงของเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์  ไม่ร้ายแรง  ร้ายแรง  การรักษา/คำแนะนำที่ให้....................................................  ....................................................................................................... | | |
| **ข้อมูลสาเหตุและแนวทางการแก้ไขเหตุการณ์/อาการอันไม่พึงประสงค์** | | | | | | |
| **สาเหตุการเกิดเหตุการณ์/อาการอันไม่พึงประสงค์**  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………… | | | | **แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันมิให้เกิดซ้ำ**  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………… | | |
| **ข้อมูลเกี่ยวกับการรายงานเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์** | | | | | | |
| **ผู้ที่ทำการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา**  ชื่อ – นามสกุล…………………………………………………………………  ตำแหน่ง  แพทย์  เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน  แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์  อื่นๆระบุ..........................................  แผนกที่พบเหตุการณ์/อาการที่ไม่พึงประสงค์………………………….  **ผู้ให้บริการ**  ชื่อ – นามสกุล............................................................................  ตำแหน่ง  แพทย์  แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์  เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน  ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย  อื่นๆ ระบุ ........................................ | | | | ผู้รายงานข้อมูล  ชื่อ – นามสกุล…………………………………………………………………  ตำแหน่ง  แพทย์  เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน  แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์  อื่นๆระบุ..........................................  วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน………………………………………………..  หน่วยงานที่รายงาน……………………………………………………  รายงานต่อบุคคล/หน่วยงาน............................................... | | |