

ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

เรื่อง แบบและวิธีการติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัย และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

พ.ศ. ๒๕๖๔

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔๖ (๕) และข้อ ๕๕ (๑) แห่งกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกอบมติคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการประชุมครั้งที่ ๔๓๓-๙/๒๕๖๔ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“ผู้รับอนุญาต” หมายความว่า

(๑) ผู้รับอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่โดยการปรุงยาสำหรับคนใช้เฉพาะราย

(๒) ผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อใช้ทางการแพทย์

(๓) ผู้รับอนุญาตผลิต หรือจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อใช้ในรูปแบบพิเศษสำหรับการเข้าถึงยา

(๔) ผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้า หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่เพื่อการวิจัย

“เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” หมายความว่า อาการหรือผลที่เกิดขึ้นที่อันตรายต่อร่างกายมนุษย์ โดยเกิดขึ้นระหว่างการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์นั้น

“เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง” หมายความว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เสียชีวิต อันตรายถึงชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้พิการหรือไร้สมรรถภาพ หรือทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือฟิการแต่กำเนิด

“เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดไม่ร้ายแรง” หมายความว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นไม่ทำให้เสียชีวิต อันตรายถึงชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้พิการหรือไร้สมรรถภาพ หรือทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือฟิการแต่กำเนิด

“รายงานผลการดำเนินงาน” หมายความว่า รายงานสรุปผลการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

ข้อ ๓ ให้ผู้รับอนุญาตผลิตตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อใช้ในรูปแบบพิเศษสำหรับการเข้าถึงยา ติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่ตนผลิตตามโครงการ

ติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นระยะเวลาอย่างน้อยสองปีนับแต่วันที่ได้รับอนุญาต และจัดส่งรายงานผลการศึกษาให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาตามที่กำหนดในโครงการ และรายงานความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุก ๖ เดือน

ทั้งนี้ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาอาจพิจารณาให้ดำเนินการศึกษาต่อเนื่อง หากข้อมูลยังไม่เพียงพอที่จะประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยา

ข้อ ๔ ให้ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อใช้ทางการแพทย์ ที่เป็นตำรับยาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่ตนผลิตหรือนำเข้า โดยจัดให้มีกิจกรรมที่กระตุ้นหรืออำนวยความสะดวกควบคุมบุคลากรทางการแพทย์ ในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และรวบรวมรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากสถานพยาบาล โดยรายงานผลการดำเนินงานให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบเป็นรายปี ภายใน ๓๐ วันนับแต่วันสิ้นปี ตามแบบ NAR 5 SUM 1

ข้อ ๕ ให้ผู้รับอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่โดยการปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่ตนปรุงขึ้น และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย (targeted spontaneous reporting) ตามแบบ NAR 5 Herb C 2 และรายงานผลการดำเนินงาน ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบเป็นรายเดือน ภายใน ๑๐ วันนับแต่วันสิ้นเดือน ตามแบบ NAR 5 Herb C 1

ข้อ ๖ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม อยู่เพื่อใช้ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในรูปแบบพิเศษสำหรับการเข้าถึงยา ติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย (targeted spontaneous reporting) ตามแบบ NAR 5 AE 1 และรายงานผลการดำเนินงานให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบเป็นรายเดือน ภายใน ๑๐ วัน นับแต่วันสิ้นเดือน ตามแบบ NAR 5 SUM 2

ข้อ ๗ ให้ผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้า หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อการวิจัย รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ตามแบบ NAR 5 AE 1

ข้อ ๘ การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเป็นอันตรายถึงชีวิต ต้องรายงานให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบภายใน ๗ วัน หลังจากผู้รับอนุญาตได้รับทราบข้อมูลครั้งแรก และให้ส่งรายงานเพิ่มเติมภายใน ๘ วันถัดมา (หากมี) ทั้งนี้ ให้ส่งรายงานเป็นระยะหากมีข้อมูลเพิ่มเติมอีก

(๒) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้พิการหรือไร้สมรรถภาพ ทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือพิการแต่กำเนิด ต้องส่งรายงานภายใน ๑๕ วัน หลังจากผู้รับอนุญาตได้รับทราบข้อมูลเป็นครั้งแรก และให้ส่งรายงานเป็นระยะหากมีข้อมูลเพิ่มเติมอีก

(๓) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดไม่ร้ายแรง ให้รายงานภายใน ๓๐ วัน หลังจากผู้รับอนุญาตได้รับทราบข้อมูล

ข้อ ๙ การรายงานการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ และการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้ใช้แบบรายงานตามเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ ดังนี้

(๑) แบบรายงานสรุปผลการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อใช้ทางการแพทย์ ให้ใช้แบบ NAR 5 SUM 1

(๒) แบบรายงานสรุปผลการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ สำหรับผู้รับอนุญาตจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อใช้ทางการแพทย์ ให้ใช้แบบ NAR 5 SUM 2

(๓) แบบรายงานสรุปผลการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่โดยการปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะราย ให้ใช้แบบ NAR 5 Herb C1

(๔) แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่โดยการปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะราย ให้ใช้แบบ NAR 5 Herb C2

(๕) แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ให้ใช้แบบ NAR 5 AE1

ข้อ ๑๐ การส่งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และรายงานสรุปผลการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย ตามประกาศนี้ ให้ยื่นด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นหลัก ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ให้ยื่นเอกสาร ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ธงชัย กิริติหัตถยากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

แบบรายงานสรุปผลการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ สำหรับผู้รับอนุญาตผลิต หรือนำเข้า ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เพื่อใช้ทางการแพทย์ ประจำปี พ.ศ.

| ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้รับอนุญาต <input type="checkbox"/> ผลิต <input type="checkbox"/> นำเข้า ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | | | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------------------------|
| ชื่อผู้รับอนุญาต | | เลขที่ใบอนุญาต | | โทรศัพท์ | |
| สถานที่ผลิต/นำเข้า | | | | | |
| ชื่อผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย | | | | | โทรศัพท์ |
| ส่วนที่ 2 สรุปรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปฏิกิริยาของยา (adverse drug reaction) | | | | | |
| ลำดับที่ | ชื่อผลิตภัณฑ์ ตัวยาสำคัญและขนาดความแรง | จำนวน ผลิตภัณฑ์ที่ จำหน่าย | จำนวน ผู้ป่วยที่ ได้รับ ผลิตภัณฑ์ | จำนวนผู้ป่วยที่เกิด อาการไม่พึงประสงค์ | ร้อยละการเกิดอาการไม่พึง ประสงค์ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ส่วนที่ 3 สรุปรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ (other adverse events) | | | | | |
| ลำดับที่ | ชื่อผลิตภัณฑ์ ตัวยาสำคัญและ ขนาดความแรง | จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากสาเหตุต่างๆ ดังนี้ | | | |
| | | <input type="radio"/> การใช้ยาแล้วไม่ได้ผล | ราย | <input type="radio"/> การใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ | ราย |
| | | <input type="radio"/> ปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ | ราย | <input type="radio"/> ใช้ในทางที่ผิด | ราย |
| | | <input type="radio"/> ความคลาดเคลื่อนทางยา | ราย | <input type="radio"/> เหตุการณ์อื่นที่เกิดร่วมกัน | ราย |
| | | <input type="radio"/> การใช้เกินขนาดการรักษา | ราย | <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) | ราย |
| | | <input type="radio"/> การใช้ยาแล้วไม่ได้ผล | ราย | <input type="radio"/> การใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ | ราย |
| | | <input type="radio"/> ปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ | ราย | <input type="radio"/> ใช้ในทางที่ผิด | ราย |
| | | <input type="radio"/> ความคลาดเคลื่อนทางยา | ราย | <input type="radio"/> เหตุการณ์อื่นที่เกิดร่วมกัน | ราย |
| | | <input type="radio"/> การใช้เกินขนาดการรักษา | ราย | <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) | ราย |
| | | <input type="radio"/> การใช้ยาแล้วไม่ได้ผล | ราย | <input type="radio"/> การใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ | ราย |
| | | <input type="radio"/> ปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ | ราย | <input type="radio"/> ใช้ในทางที่ผิด | ราย |
| | | <input type="radio"/> ความคลาดเคลื่อนทางยา | ราย | <input type="radio"/> เหตุการณ์อื่นที่เกิดร่วมกัน | ราย |
| | | <input type="radio"/> การใช้เกินขนาดการรักษา | ราย | <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) | ราย |
| ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอวิธีการดำเนินการเพื่อประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตหรือนำเข้า | | | | | |
| | | | | | |

ลายมือชื่อผู้ดำเนินการ :

()

วันที่รายงาน :

หมายเหตุ : “อาการไม่พึงประสงค์” หมายความว่า ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจและเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ โดยเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติเพื่อป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกาย ทั้งนี้ ไม่รวมปฏิกิริยาที่เกิดจากการใช้ยาเกินขนาดโดยอุบัติเหตุหรือตั้งใจ ตลอดจนการใช้ยาในทางที่ผิดและผิดวิธี

แบบ NAR 5 Herb C2

เลขที่รับรายงาน.....

วันที่รับรายงาน.....

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยการปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะราย

| ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้รับอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยการปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะราย | | | |
|--|---|---|---|
| ชื่อผู้รับอนุญาต | เลขที่ใบอนุญาต | โทรศัพท์ | |
| สถานที่ผลิต | ชื่อผู้รายงาน | | |
| วันเดือนปีที่ทราบเหตุการณ์ | วันเดือนปีที่บันทึกรายงาน | เลขที่รายงานอ้างอิง | |
| ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วย | | | |
| ชื่อ | อายุ ปี | เลขที่บัตรประชาชน | เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ไม่ระบุ |
| โรคประจำตัวของผู้ป่วย/ภาวะอื่นที่ ๆ เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ | | | |
| ส่วนที่ 3 ข้อมูลตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | | | |
| ชื่อตำรับยา | | วันที่ปรุง | |
| วิธีใช้และขนาดการใช้ (ปริมาณ หน่วย ความถี่) | | | |
| โรคหรืออาการที่มารับการรักษาและได้รับตำรับยาปรุงยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | | | |
| วันเดือนปีเริ่มใช้ | ผู้ป่วยเคยได้รับตำรับยาเสพติดให้โทษนี้มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | | |
| วันเดือนปีที่หยุดใช้ | กรณีเคยได้รับตำรับยานี้ <input type="radio"/> เกิดเหตุการณ์เดิมซ้ำ <input type="radio"/> ไม่เกิดเหตุการณ์เดิมซ้ำ <input type="radio"/> ไม่ทราบ | | |
| ใช้ยาหรือสมุนไพรอื่นร่วม (ถ้ามีโปรดระบุ)..... | | | |
| ส่วนที่ 4 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (โปรดบรรยายลักษณะที่พบอย่างละเอียดครบถ้วน) | | | |
| บรรยายลักษณะ : | | | |
| ความร้ายแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบ <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> ร้ายแรง (ได้แก่ <input type="radio"/> เสียชีวิต <input type="radio"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="radio"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="radio"/> ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล /ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษา <input type="radio"/> เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือพิการแต่กำเนิด | | | |
| ส่วนที่ 5 การประเมินความสัมพันธ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา | | | |
| 1. มีอาการหรือผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ที่ยืนยันว่าเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ | | | |
| 1.1 มีประวัติของอาการจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ | |
| 1.2 อาการแสดงทางคลินิกที่ได้รับการตรวจจากบุคลากรทางการแพทย์ | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ | |
| 2. ได้รับยาที่สงสัยก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ | |
| 3. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดีขึ้น เมื่อ | | | |
| 3.1 หยุดยาที่สงสัย หรือ | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ | |
| 3.2 ลดขนาดของยาที่สงสัย หรือ | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ | |
| 4. ไม่มีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากยาที่สงสัย | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ | |
| 5. เคยมีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่สงสัยมาก่อน | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ | |

| | |
|--|---|
| <p>6. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นในลักษณะกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>6.1 เกิดจากยาที่สงสัย โดย (1) เจตนาให้ยาซ้ำ (rechallenge) หรือ (2) ไม่เจตนาให้ยาซ้ำ (accidental rechallenge)</p> <p>6.2 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากการได้รับยาที่สงสัยเพียงชนิดเดียว</p> <p>6.3 เกิดขึ้น ณ ตำแหน่งที่รับยา (เช่นยาใช้ภายนอก หรือยาใช้เฉพาะที่)</p> | <p><input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ</p> <p><input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ</p> <p><input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ</p> <p><input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ</p> |
| <p>7. มีประวัติอาการที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้มาก่อนเมื่อได้รับยากลับเดียวกันกับตำรับยาที่สงสัย <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ</p> | |

แบบ NAR 5 AE1

เลขที่รับรายงาน.....

วันที่รับรายงาน.....

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

| | | |
|--|--|--|
| การรายงาน <input type="checkbox"/> ฉบับแรก <input type="checkbox"/> ติดตามผล ครั้งที่ <input type="checkbox"/> ฉบับสุดท้าย ประเภทรายงาน <input type="checkbox"/> spontaneous report <input type="checkbox"/> โครงการศึกษาวิจัย | | |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ส่งรายงาน ผู้รับอนุญาต <input type="checkbox"/> ผลิต <input type="checkbox"/> นำเข้า <input type="checkbox"/> จำหน่าย <input type="checkbox"/> มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | | |
| ชื่อผู้รับอนุญาต | เลขที่ใบอนุญาต | โทรศัพท์ |
| ชื่อผู้พบเหตุการณ์/ผู้รายงาน | ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ | |
| วันเดือนปีที่ทราบเหตุการณ์ | วันเดือนปีที่บันทึก รายงาน | เลขที่รายงานอ้างอิง |
| ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วย | | |
| ชื่อ | เลขที่บัตรประชาชน | HN |
| เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ไม่ระบุ | อายุ ปี | ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน |
| โรคประจำตัวของผู้ป่วย/ภาวะอื่นที่ ๆ เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ได้แก่ <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> ตับทำงานผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไตทำงานผิดปกติ <input type="checkbox"/> โรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ | | |
| ส่วนที่ 3 ข้อมูลตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | | |
| ชื่อผลิตภัณฑ์ | ชื่อผู้ผลิต/ผู้นำเข้า | |
| ตัวยาสําคัญและขนาดความแรง | รุ่นการผลิต | วันหมดอายุ |
| วิธีใช้และขนาดการใช้ (ปริมาณ หน่วย ความถี่) | | |
| โรคหรืออาการที่มารับการรักษาและได้รับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | | รหัส ICD 10 |
| วันเดือนปีเริ่มใช้ วันเดือนปีที่หยุดใช้ | ผู้ป่วยเคยได้รับตำรับยาเสพติดให้โทษนี้มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ กรณีเคยได้รับตำรับยานี้ <input type="radio"/> เกิดเหตุการณ์เดิมซ้ำ <input type="radio"/> ไม่เกิดเหตุการณ์เดิมซ้ำ <input type="radio"/> ไม่ทราบ | |
| ส่วนที่ 4 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ | | |
| <input type="checkbox"/> เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปฏิกิริยาของยา (adverse drug reaction) ได้แก่ | | |
| <input type="checkbox"/> เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ (other adverse events) ได้แก่ <input type="radio"/> การใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (lack of efficacy) <input type="radio"/> ปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ <input type="radio"/> ความคลาดเคลื่อนทางยา <input type="radio"/> การใช้เกินขนาดการรักษา <input type="radio"/> การใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ (off-label use) <input type="radio"/> ใช้ในทางที่ผิด <input type="radio"/> เหตุการณ์อื่นที่เกิดร่วมกัน <input type="radio"/> อื่นๆ | | |

| | |
|---|---|
| โปรระบุรายละเอียดของสาเหตุ : | |
| การดำเนินการเมื่อผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : <input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วย ใช้ยาต่อ (โดย <input type="radio"/> ลดขนาดยา <input type="radio"/> เพิ่มขนาดยา <input type="radio"/> ใช้เท่าเดิม <input type="radio"/> ปรับวิธีการใช้ <input type="radio"/> ปรับความถี่) <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรระบุ..... ผลลัพธ์การดำเนินการ: <input type="radio"/> อาการดีขึ้น <input type="radio"/> อาการไม่ดีขึ้น <input type="radio"/> ไม่ทราบ เกิดเหตุการณ์เดิมอีกภายหลังใช้ยาซ้ำ : <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ | ความร้ายแรงของเหตุการณ์: <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ได้แก่ <input type="radio"/> เสียชีวิต <input type="radio"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="radio"/> ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล /ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษา <input type="radio"/> พิจารณาาร/ไร้ความสามารถ <input type="radio"/> เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือพิการแต่กำเนิด การประเมินความสัมพันธ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา <input type="checkbox"/> ใช่แน่นอน (Certain/Definite) <input type="checkbox"/> น่าจะใช้ (Probable/Likely) <input type="checkbox"/> อาจจะใช้ (Possible) <input type="checkbox"/> ไม่น่าใช้ (Unlikely/Doubtful) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุระดับ (Conditional/Unclassified) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ (Unassessable/Unclassifiable) |