

รายงานการให้คำแนะนำการกินยาให้ครบ (Supervised treatment) สำหรับผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

หน่วยงาน.....

เชื้อมาลาเรีย ชนิด ☐ Pf ☐ Pv ☐ Pm ☐ Pk ☐ Po ☐ Mix

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่ตรวจพบเชื้อมาลาเรียในผู้ป่วยรายนี้.....ตรวจโดย.....

ประวัติการกินยารักษา

วัน	วัน/เดือน/ปี	การกินยารักษา (✓)			วัน	วัน/เดือน/ปี	การกินยารักษา (✓)	
		กิน	ไม่กิน				กิน	ไม่กิน
1					8			
2					9			
3					10			
4					11			
5					12			
6					13			
7					14			

การให้คำแนะนำการกินยาให้ครบ Day 3 (Pf, Pm, Pk, Mix) Day 14 (Pv, Po)

วันที่ติดตาม.....

ผลการกินยา ☐ กินยาครบ วัน ☐ กินยาไม่ครบ วัน ☐ ติดตามไม่ได้

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ที่ติดตาม
(.....) (.....)

ตำแหน่ง.....

(กรุณารอกข้อมูลให้ครบ และสำเนาเป็นหลักฐานแนบประกอบการขอเบิกค่าใช้จ่าย)