



# สมุดสุขภาพ

## และการใช้ยา



รหัสประจำตัวผู้ป่วย

-  -  -  -

ชื่อ ..... นามสกุล .....

# ประโยชน์

## ของสมุดบันทึกสุขภาพและการใช้ยา



- ▶ เพื่อเป็นข้อมูลติดตามการรักษาและติดตามผลการใช้ยาของแต่ละท่าน ในการตรวจสุขภาพ การรักษาและป้องกันโรค (กรณีรับบริการหลายแห่ง)
- ▶ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการแพ้ยา ปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน หรือการได้รับยาที่ไม่สมควร

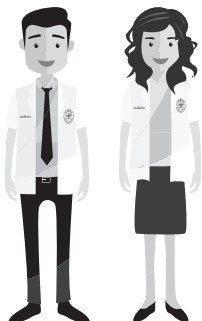
## ข้อแนะนำการใช้คู่มือ

- ▶ นำ “สมุดบันทึกสุขภาพและการใช้ยา” ของท่านติดตัวไปทุกครั้ง เมื่อได้รับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาล / คลินิก / สถานพยาบาล / ร้านยา และให้ผู้รับบริการบันทึกข้อมูลการใช้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละครั้งที่รับบริการ
- ▶ ทุกครั้งที่มีการซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพมาใช้เอง ควรบันทึกข้อมูลใหม่ลงในสมุดเล่มนี้ อย่างสม่ำเสมอ

**บันทึกข้อมูล ตามความเป็นจริง**  
**เพื่อผลประโยชน์สูงสุดส่วนตัวของท่านในการรับบริการ**

## สายด่วน - อุทธรณ์

1330	สายด่วน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
1506	สายด่วน สำนักงานประกันสังคม (สปส.)
1166	สายด่วน ร้องทุกข์ คู่คุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)
1556	สายด่วน ผู้บริโภค กับ อย.
1555	สายด่วน กรุงเทพมหานคร (กทม.)
1554	หน่วยแพทย์กู้ชีพ กทม.
1669	ศูนย์กู้ชีพ นเรศวร
1691	ศูนย์ส่งกลับและรพพยาบาล กรมตำรวจ
1667	สายด่วน ฮอทไลน์ คลายเครียด (กรมสุขภาพจิต)
1300	สายด่วน ศูนย์ประชาบดี
02-282-3892	ศูนย์สวัสดิภาพเด็ก เยาวชน และสตรี
02-713-6793	ศูนย์รับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์



# เภสัชกร พว ประชาชน

ร้านยา ..... โทรศัพท์.....

ชื่อเภสัชกร..... ภ. ....

ร้านยา ..... โทรศัพท์.....

ชื่อเภสัชกร..... ภ. ....

ร้านยา ..... โทรศัพท์.....

ชื่อเภสัชกร..... ภ. ....

ร้านยา ..... โทรศัพท์.....

ชื่อเภสัชกร..... ภ. ....

ร้านยา ..... โทรศัพท์.....

ชื่อเภสัชกร..... ภ. ....

# + ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยเบื้องต้น

## ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล ..... เพศ  ชาย  หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี สถานภาพ .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่บ้าน ..... ซอย .....

ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

## สิทธิในการรักษาพยาบาล

บัตรทอง ประถมภูมิ ..... ส่งต่อ .....  ประกันสังคม สถานพยาบาล .....

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาล .....  อื่นๆ .....

สถานที่รักษาปัจจุบัน .....

## ประวัติการเจ็บป่วย

โรคประจำตัว .....

การแพ้ยา/อาหาร  ไม่ทราบ  ไม่แพ้  แพ้ยา/อาหาร (ระบุ) .....

1 ..... อาการ .....

2 ..... อาการ .....

## ประวัติการเจ็บป่วยของคุณในครอบครัว

บิดา  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  หัวใจและหลอดเลือด  ไต  อัมพาต  
 โรคอื่นๆ ระบุ .....

มารดา  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  หัวใจและหลอดเลือด  ไต  อัมพาต  
 โรคอื่นๆ ระบุ .....

บุคคลอื่นๆ เกี่ยวข้องเป็น .....  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  
 หัวใจและหลอดเลือด  ไต  อัมพาต  โรคอื่นๆ ระบุ .....

## ประวัติพฤติกรรมสุขภาพ

- การสูบบุหรี่  ไม่สูบบุหรี่  สูบบุหรี่ (.....มวน/วัน) เป็นเวลา.....ปี เลิกสูบบุหรี่.....ปี (เคยสูบบุหรี่.....ปี)
- แอลกอฮอล์  ไม่ดื่ม  บางครั้ง  ประจำ...../วัน
- รสอาหารที่ท่านประจำ  หวาน  เค็ม  เผ็ด  มัน  อื่นๆ.....
- การออกกำลังกาย  ไม่ออกกำลังกาย  ออกกำลังกาย ระบุ.....
- การพักผ่อน นอนวันละ..... ชั่วโมงต่อวัน ช่วงเวลา.....



## ตารางนัดพบแพทย์

วัน/เดือน/ปี (วันนัด)	สถานพยาบาล/ บุคลากรทางการแพทย์	วัน/เดือน/ปี (วันนัด)	สถานพยาบาล/ บุคลากรทางการแพทย์



# ตารางนัดพบแพทย์

วัน/เดือน/ปี (วันนัด)	สถานพยาบาล/ บุคลากรทางการแพทย์	วัน/เดือน/ปี (วันนัด)	สถานพยาบาล/ บุคลากรทางการแพทย์



# รายการยา / ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับจากแพทย์

ชื่อยา	ความแรง	รูปเม็ดยา	วิธีรับประทานยา								หมายเหตุ
			ครั้งละ	วันละ (ครั้ง)	ก่อน (อาหาร)	หลัง (อาหาร)	เช้า	เที่ยง	เย็น	ก่อนนอน	



# รายการยา / ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับจากแพทย์

ชื่อยา	ความแรง	รูปเม็ดยา	วิธีรับประทานยา								หมายเหตุ	
			ครั้งละ	วันละ (ครั้ง)	ก่อน (อาหาร)	หลัง (อาหาร)	เช้า	เที่ยง	เย็น	ก่อนนอน		





# รายการยา / ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับจากแพทย์

ชื่อยา	ความแรง	รูปเม็ดยา	วิธีรับประทานใช้ยา							หมายเหตุ
			๕ ครั้งละ	วัน ละ (ครั้ง)	ก่อน (อาหาร)	หลัง (อาหาร)	เช้า	เที่ยง	เย็น	

## ผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง

วัน/เดือน/ปี	มะเร็งเต้านม	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งลำไส้ใหญ่	หมายเหตุ

## การตรวจสุขภาพเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป

วัน/เดือน/ปี	คัดกรอง ความบกพร่อง ทางสายตา	ประเมิน ความเสี่ยง โรคกระดูกพรุน	ประเมิน สมรรถภาพ สมอง	ประเมิน ภาวะ โภชนาการ	ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก และฟัน	หมายเหตุ

## ผลการตรวจร่างกาย

วัน/เดือน/ปี	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	ดัชนีมวลกาย (กก./ม <sup>2</sup> )	เส้นรอบเอว (ซม.)	ระดับสายตา (V/A)	หมายเหตุ

## ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี	Cholesterol (มก./ดล.)	LDL-c (มก./ดล.)	HDL-c (มก./ดล.)	Triglyceride (มก./ดล.)	Creatinine (มก./ดล.)	หมายเหตุ

# โรคเบาหวาน

Diabetes Mellitus

## ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง +

### อาการ

1. ทิวบอย
2. ปัสสาวะบ่อย
3. น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ
4. ตาฝ้า / แผลหายช้า / ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือทางผิวหนังบ่อย ๆ

หากมีอาการดังกล่าวติดต่อกัน  
เวลามากกว่า 1 เดือน  
ให้รีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย

## ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ -

### อาการ

1. มือสั่น ใจสั่น
2. หน้ามืด มึนงง
3. เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย
4. ปวดหัว

### วิธีการแก้ไข

1. ดื่มน้ำผลไม้ / น้ำหวานครึ่งแก้ว
2. อมลูกกวาด

หากอาการไม่ดีขึ้นใน 10 - 15 นาที  
สามารถทำซ้ำได้

## + ระดับน้ำตาลในเลือดเท่าไร...ถึงจะเป็นเบาหวาน<sup>1</sup>

การตรวจวัด	ค่าแสดง (มก./ ดล.)	ภาวะอาการ	เกณฑ์เบาหวานที่ดี
1. ลดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง Fasting Plasma Glucose (FPG)	< 100	ปกติ	70 - 130
Impaired Fasting Glucose (IFG)	100 - 125	เสี่ยง	
	≥ 126	เบาหวาน	
2. การเจาะตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว หลังอาหาร 2 ชั่วโมง	≥ 200	เบาหวาน	< 180
3. Hemoglobin A (HbA1c)	≥ 6.5%	เบาหวาน	< 7.0%

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560; 2560:30.



# เทคนิค การใช้ยาเบาหวาน

## ยาฉีดอินซูลินแบบเข็มและปากกา<sup>2</sup>

### คำแนะนำการใช้ยาอินซูลิน

1. ตำแหน่งที่เหมาะสมแก่การฉีด เช่น หน้าท้อง หน้าขา บั้นเอว หน้าแขน
2. ไม่ควรฉีดยาตำแหน่งเดิมบ่อยๆ ควรเลื่อนห่างจากตำแหน่งเดิม 1 นิ้ว
3. ไม่ควรคลึงหรือนวดบริเวณที่ฉีดยาหลังฉีดยาเสร็จแล้ว
4. ถ้าต้องการผสมระหว่างยาฉีดชนิดน้ำขุ่นและน้ำใส ให้ดูดยาชนิดน้ำใสก่อนแล้วจึงดูชนิดน้ำขุ่น
5. ผลึกก้อนอินซูลินแต่ละชนิด อาจมีข้อแนะนำวิธีการใช้เพิ่มเติม หรือแตกต่างไปจากนี้ ให้ยึดตามผลิตภัณฑ์นั้นๆ<sup>3</sup>
6. ให้เก็บไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา ถ้าต้องเดินทางให้เก็บยาอินซูลินไว้ในกระติกน้ำแข็ง<sup>4</sup>

### การใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน

1. ควรทานยาเป็นประจำสม่ำเสมอ
2. ไม่ควรเพิ่ม หรือลดขนาดรับประทานยาเอง
3. ยาเบาหวานบางชนิดทานก่อนอาหาร คือ ทานก่อนอาหาร 15-30 นาที
4. ยาเบาหวานทานพร้อมอาหาร หมายถึง ทานหลังอาหารคร่ำเคี้ยว

2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. การเตรียมและฉีดอินซูลิน(อินเซอร์เนด)[เข้าถึงเมื่อ 30 พค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.youtube.com/watch?v=2fRfj5DFN8>  
3. สายสมร พลดงนอก,สิริชัย เนตรวิจิตรพันธ์,จับจิราภรณ์ วิชัย. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (Diabetes), 1 ed. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ท้องถิ่นนาขาดี; 2558 : 14 - 5  
4. สมาเภสัชกรรม. คู่มือทักษะตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม. สมาเภสัชกรรม; 2546:104-5

## บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี	เวลาที่ตรวจ	ค่าน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)		HbA1c (%)	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
		อดอาหาร 8 ชม.	เจาะปลายนิ้ว			



# บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี	เวลาที่ตรวจ	ค่าน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)		HbA1c (%)	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
		อดอาหาร 8 ชม.	เจาะปลายนิ้ว			

# บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี	เวลาที่ตรวจ	ค่าน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)		HbA1c (%)	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
		อดอาหาร 8 ชม.	เจาะปลายนิ้ว			



# บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี	เวลาที่ตรวจ	ค่าน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)		HbA1c (%)	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
		อดอาหาร 8 ชม.	เจาะปลายนิ้ว			

# ความดันโลหิตสูง

Hypertension

ความดันโลหิตเท่าไร...  
จึงเรียกว่า ความดันโลหิตสูง

ข้อควรทำก่อนตรวจวัด 30 นาที

ห้ามดื่มชา กาแฟ ออกกำลังกาย,  
รับประทาน ยาจำพวกยาคุมกำเนิด,  
ยากลุ่มสเตียรอยด์ หรือ ยากลุ่มแก้คัดจมูก

ประเภท	ความดันโลหิตค่าบน <sup>5</sup> (มม.ปรอท)		ความดันโลหิตค่าล่าง (มม.ปรอท)
ความดันโลหิตระดับที่เหมาะสม	ต่ำกว่า 120	และ	ต่ำกว่า 80
ความดันโลหิตปกติ	120 - 129	และ	80 - 84
ความดันโลหิตค่อนข้างสูง (เสี่ยงที่จะเป็นความดันโลหิตสูง)	130 - 139	หรือ	85 - 89
ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 1	140 - 159	หรือ	90 - 99
ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 2	160 - 179	หรือ	100 - 109
ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 3	มากกว่าเท่ากับ 180	หรือ	มากกว่าเท่ากับ 110

ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)

การประเมินผลระดับไขมันในเลือด<sup>6, 7</sup>

ประเภท	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่
LDL-Cholesterol (มก. / ดล.)*	< 100	100 - 129	139 - 159	≥ 160
Cholesterol - TC (มก. / ดล.)	< 200		200 - 239	≥ 240
Triglyceride - TG (มก. / ดล.)	< 150		150 - 199	> 240
HDL - Cholesterol (มก. / ดล.)	> 60	60 - 40		< 40

\*เป้าหมายการรักษา LDL

1. ไม่มีโรคเบาหวาน และไต < 130 มก. / ดล.
2. มีโรคเบาหวาน หรือไต < 100 มก. / ดล.
3. มีโรคหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง หรือ เส้นเลือดส่วนปลายตีบ (ASCVD) < 70 มก. / ดล.

5.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562; 2562.

6. National Cholesterol Education Program. ATP III Guidelines at a - Glance Quick Desk Reference. [Bethesda, Md.]: [National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute]. 2001.

7.สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559; 2559: 9-11.

# คำแนะนำ

## การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง<sup>8</sup>



ควรรับประทานยาต่อเนื่องกันและตรงเวลาทุกวัน  
กรณีลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้จะรับประทานยามื้อต่อไป ให้รับประทานยาของมื้อนั้น ห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า มิฉะนั้นความดันโลหิตจะลดต่ำลงอย่างมาก เกิดอาการหน้ามืด ล้มลงหมดสติ เป็นอันตรายได้

ผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องระมัดระวังภาวะความดันโลหิตตกเนื่องจากเปลี่ยนอิริยาบถอย่างฉับพลัน ดังนั้นเวลาจะลุกจากเก้าอี้หรือลุกจากเตียง แนะนำลุกขึ้นอย่างช้าๆ มิฉะนั้นจะหน้ามืด เป็นลมล้มลงได้

ยาลดความดันโลหิต กลุ่มยายับยั้งเอนไซม์เอซีอี (ACE inhibitors) เช่น อีนาลาพริล (enalapril), รามิพริล (Ramipril) อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงคือ อาการไอแห้งๆ ได้ ซึ่งไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และไม่ใช่อาการแพ้ยา สามารถบรรเทาได้ด้วยการหมั้นจิบน้ำ หรือรับประทานยาอมชนิดที่ทำให้ชุ่มคอ ร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ แต่ในกรณีที่อาการเป็นมากจนรบกวนคุณภาพชีวิต ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาให้ ไม่ควรหยุดยาด้วยตนเอง

8. บุชนา จินตวรกิจชน์. ยารักษาความดันโลหิตสูง...ใช้อย่างไร (อินเทอร์เน็ท). กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ค. 2562]. เข้าใจได้จาก : <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/31/> ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง-ใช้อย่างไร

## บันทึกผลการตรวจวัดความดันโลหิต

วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี	เวลาที่ตรวจ	ค่าความดันโลหิต (mmHg)		ชีพจร (bpm)	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
		ค่าบน	ค่าล่าง			





## บันทึกผลการตรวจวัดความดันโลหิต

วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี	เวลาที่ตรวจ	ค่าความดันโลหิต (mmHg)		ชีพจร (bpm)	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
		ค่าบน	ค่าล่าง			

# แบบบันทึกการให้บริการบุหรี่



อายุที่เริ่มสูบบุหรี่.....ปี      สูบบุหรี่มานาน.....ปี

เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน?  เคย  ไม่เคย

เคยเลิกด้วยวิธี  หักดิบ  ค่อยๆ ลด  ใช้นยา

อุปสรรคการเลิกบุหรี่ .....

.....  
.....

## การประเมินภาวะการติด

ติดนิโคติน  ติดทางจิตใจ  ติดทางสังคมหรือนิสัย

แรงจูงใจที่ทำให้เลิก .....

.....  
.....

## Fagerstrom test

<4 (ต่ำ)  4-6 (ปานกลาง)  7-10 (สูง)

## ประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Treatment ที่ใช้ในการเข้ารับบริการ

ปรึกษา  ปรึกษา + ยา .....



# บันทึกผลการวัด %PEFR

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	บุหรีที่สูบ (มาน/วัน)	PEFR	%PEFR	การรักษา	บันทึกการ ติดตาม	ผู้ตรวจ	หมายเหตุ
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			
				<input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> ยา.....			

## การใช้แผ่นแปะนิโคติน<sup>8</sup>

1. แนะนำให้หยุดบุหรี่เมื่อใช้แผ่นแปะนิโคติน
2. ควรติดแผ่นแปะในบริเวณที่ไม่มีขน ไม่มีบาดแผล เช่น คอ สะโพก ต้นแขนด้านนอก ควรทำความสะอาดผิวก่อนแล้วทำให้แห้ง ถ้าจำเป็นต้องบริเวณที่มีขน ไม่ควรโกนขน เพราะอาจทำให้ผิวหนังมีบาดแผลได้ แต่ให้ใช้การเล็มตัดขนออก
3. ก่อนติด ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง
4. ลอกแผ่นใสที่คลุมส่วนเหนียวที่มีตัวยาออก
5. เวลาปิดแผ่น ให้กดแผ่นไว้ประมาณ 10 นาที เพื่อให้แผ่นแปะติดแน่นเสร็จแล้วล้างมือให้สะอาด เพื่อกำจัดสารนิโคตินที่ติดที่เล็บและนิ้ว
6. ติดแผ่นแปะนิโคตินทุกวัน ในเวลาเดียวกัน โดยติดตลอด 24 ชั่วโมง แม้ว่าจะนอนหรืออาบน้ำ ยกเว้นมีอาการนอนไม่หลับหรือฝันร้าย ให้ถอดแผ่นแปะออกก่อนนอน หรือติดแผ่นแปะเพียง 16 ชั่วโมง
7. การติดแผ่นแปะ ควรเปลี่ยนบริเวณที่ติดทุกวันเพื่อป้องกันภาวะคายเคืองผิวหนัง
8. ไม่ควรตัดแผ่นแปะเพื่อปรับขนาดยา
9. เมื่อใช้เสร็จแล้ว ให้ทิ้งกระดาษให้มิดชิด เพื่อป้องกันเด็กหรือสัตว์นำไปเล่น



## การใช้หมากฝรั่งนิโคติน<sup>8</sup>

1. แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่เมื่อใช้หมากฝรั่งช่วยเลิกบุหรี่
2. เคี้ยวหมากฝรั่งช้าๆ จนกระทั่งมีรสเผ็ดซ่า (แสดงว่านิโคตินถูกปลดปล่อยออกมา)
3. หยุดเคี้ยว แล้วพักหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มหรือบริเวณเหงือก จนกระทั่งเผ็ดซ่าหมดไป โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 1 นาที จึงเริ่มเคี้ยวใหม่
4. เคี้ยวช้าๆ สลับกับพัก ทำต่อเนื่องเป็นเวลา 30 นาที
5. เมื่อใช้เสร็จแล้วให้ทิ้งกระดาษให้มิดชิด เพื่อป้องกันเด็กหรือสัตว์นำไปเล่น



### คำแนะนำอื่นๆ

- ควรงดเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรด เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม 15 นาที ก่อนใช้หมากฝรั่ง
- การกลืนน้ำลายอาจทำให้ระคายเคืองทางเดินอาหาร หรือเกิดอาการแสบยอกได้

8. สภาเภสัชกรรม. คู่มือที่กษะตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม. สภาเภสัชกรรม; 2546:104-5 .



# ตรวจเช็คอาการ “โรคหลอดเลือดสมอง” (STROKE)



**F**ace  
ใบหน้าเบี้ยว



**A**rm  
แขนขาอ่อนแรง



พูดไม่ชัด  
**S**peech



ระยะเวลาที่มีอาการ  
ต้องรักษากายใน 3 ชั่วโมง  
**T**ime



ปาดเจ็บป่วยฉุกเฉิน

**1669**

โทรฟรีตลอด 24 ชั่วโมง

# 6

อาการฉุกเฉินวิกฤติ  
ที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ



เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิถูกตัด  
"UCEP"



เจ็บป่วยฉุกเฉิน **1669**

1 หมอคนสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ



2 หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง  
หายใจตื้นขัดมีเสียงดัง



3 เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง



4 ชี้นลง แขนขาชากร่วม หรือมีอาการชัก



5 แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด  
แบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด



6 มีอาการอื่นร่วม ที่มีผลต่อการหายใจ ระบบ  
การไหลเวียนโลหิต และ ระบบสมอง ที่อาจเป็น  
อันตรายต่อชีวิต





# ปรึกษาเรื่องยา ตามหาเภสัชกร