

แบบติดตามการให้ยาในผู้ป่วยที่ต้องปรับขนาดการให้ยาตามการทำงานของไต

เดือน _____ แผ่นที่ _____

No	วันที่	HN	ชื่อ - นามสกุล	เพศ		อายุ (ปี)	ส่วนสูง, น้ำหนัก	Scr , mg/dl	CrCl, ml/min	ยาที่ต้องปรับขนาด	ปรับขนาดแล้ว		ปรึกษาแพทย์		ผลลัพธ์หลังปรึกษา	ผู้ติดตาม	สิ้นสุดการติดตาม
				ชาย	หญิง						yes	no	yes	no			
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							
		Ward _____								1. 2.							