



1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 1.2 เพื่อเพิ่มอัตราการความสำเร็จในการรักษา ลดอัตราการตาย และลดโอกาสการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 1.3 เพื่อให้มีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ยารักษาวัณโรคระยะแฝงได้อย่างเหมาะสม

2. ขอบเขต

เป็นแนวทางปฏิบัติในการรักษาวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. คำจำกัดความ

4. ความรับผิดชอบ

นางวันทนี มามูล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายเกษมศักดิ์ ทูลมาลา เกษัชกรชำนาญการ

5. ขั้นตอนการปฏิบัติ

กำหนดแนวทางปฏิบัติในการรักษาวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประกาศใช้ในโรงพยาบาลปราสาท

6. ตัวชี้วัด

- 6.1 ลดโอกาสการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี น้อยกว่าร้อยละ 5
- 6.2 เพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยารักษาวัณโรคระยะแฝง มากกว่าร้อยละ 90
- 6.3 มีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ยารักษาวัณโรคระยะแฝงได้อย่างเหมาะสม เท่ากับร้อยละ 100

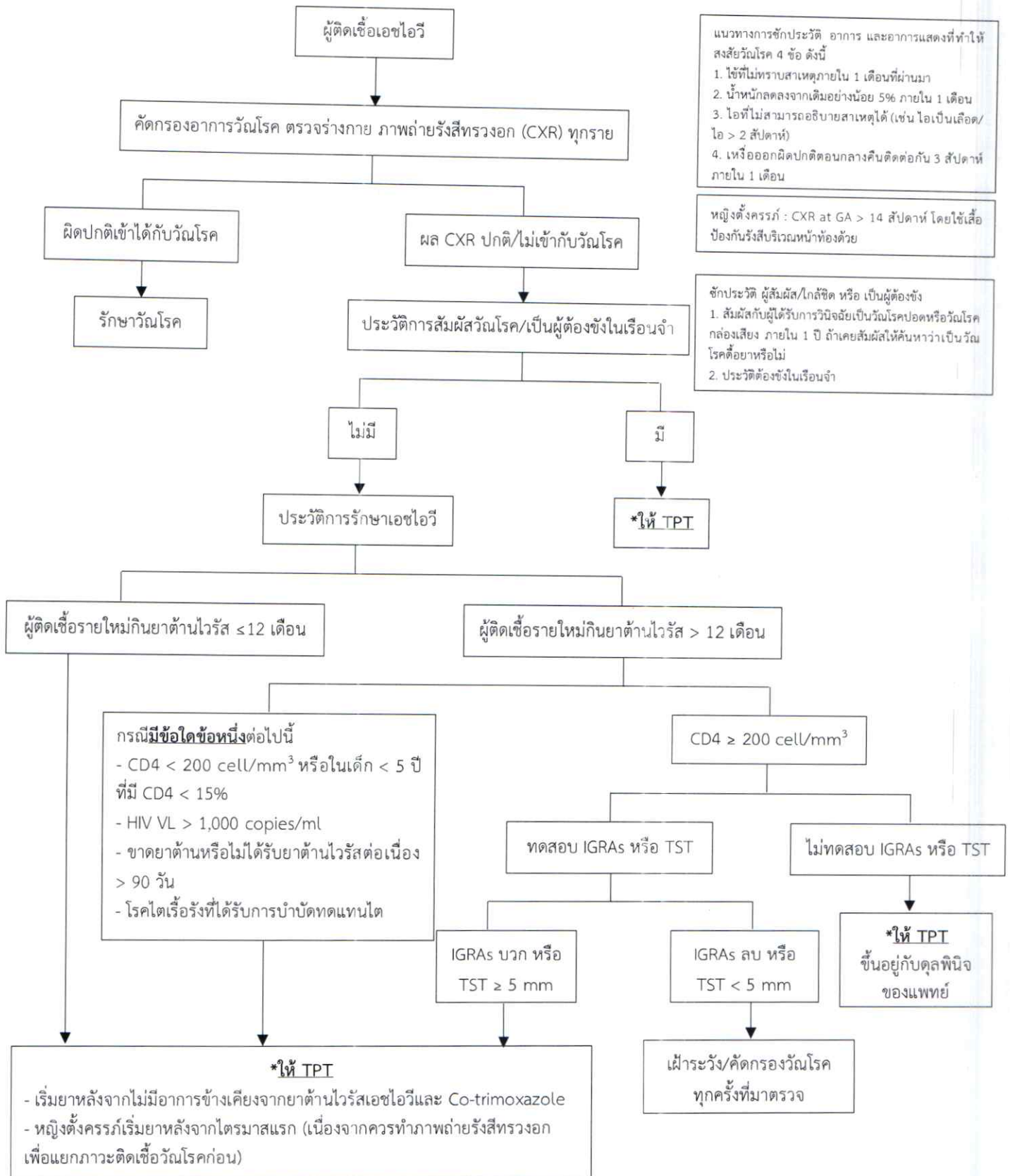
7. เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)

กรม ก้าวไกลติณรงค์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

8. ภาคผนวก/เอกสารแนบท้าย (ถ้ามี)

- 8.1 Flow แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 8.2 FM- PTC- 025 แบบฟอร์ม DOCTOR' ORDER SHEET PRASAT HOSPITAL (วัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี)
- 8.3 แนวทางการส่งใช้ยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคระยะแฝง
- 8.4 ตัวอย่างสมุดบันทึกการรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับสูตรยา 3HP

แผนผังแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะในกลุ่มแฝงผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลปราสาท



แนวทางการซักประวัติ อาการ และอาการแสดงที่ทำให้สงสัยวัณโรค 4 ข้อ ดังนี้

1. ไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา
2. น้ำหนักลดลงจากเดิมอย่างน้อย 5% ภายใน 1 เดือน
3. ไอที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ (เช่น ไอเป็นเลือด/ไอ > 2 สัปดาห์)
4. เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืนติดต่อกัน 3 สัปดาห์ภายใน 1 เดือน

หญิงตั้งครรภ์ : CXR at GA > 14 สัปดาห์ โดยใช้เสื้อป้องกันรังสีบริเวณหน้าท้องด้วย

ซักประวัติ ผู้สัมผัส/ใกล้ชิด หรือ เป็นผู้ต้องขัง

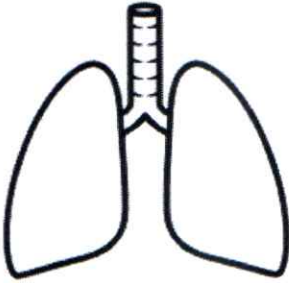
1. สัมผัสกับผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดหรือวัณโรคกล่องเสียง ภายใน 1 ปี ถ้าเคยสัมผัสให้ค้นหาว่าเป็นวัณโรคหรือไม่
2. ประวัติต้องขังในเรือนจำ

IGRAs : Interferon Gamma Release Assays, TST : Tuberculin skin test, TPT : Tuberculosis preventive treatment

*กรณีให้ TPT แพทย์ผู้สั่งใช้จะต้องกรอก FM-PTC-025 แบบฟอร์ม DOCTOR' ORDER SHEET PRASAT HOSPITAL (วัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

DOCTOR' ORDER SHEET PRASAT HOSPITAL (วันโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ.....ปี อาคาร..... เติง..... สิทธิ.....
ประวัติแพ้ยา..... โรคประจำตัว..... ยาที่ใช้ร่วม..... เบอร์โทร.....

Progress note	Date	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION			
Dx..... BW.....kg (น้ำหนักวันที่สั่งจ่ายยา) CXR.....  สูตริยา <input type="checkbox"/> 3HP * * กรณีมีข้อใดข้อหนึ่ง (กรุณาระบุเหตุผล) <input type="radio"/> ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (กินยา ARV ≤ 12 เดือน) <input type="radio"/> ขาดยาต้านหรือไม่ได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง > 90 วัน <input type="radio"/> CD4 < 200 cell/mm ³ (ในเด็กอายุ < 5 ปี ที่มี CD4<15%) <input type="radio"/> HIV VL > 1,000 copies/ml <input type="radio"/> โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต <input type="radio"/> สัมผัสกับผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดหรือวัณโรคกล่องเสียงภายใน 1 ปี <input type="radio"/> มีประวัติต้องขังในเรือนจำ		***ควรเจาะค่าการทำงานของตับภายใน 3 เดือนก่อนเริ่มยา*** ค่าตรวจการทำงานของตับ (ก่อนเริ่มยา) AST = U/L ALT = U/L TB = mg/dl DB = mg/dl	สูตริยา 3HP (Isoniazid + Rifapentine) (สัปดาห์ละครั้ง x 12 สัปดาห์) กรณีไม่ดื้อยา/ไม่ทรานดื้อยา ● อายุ 2 - 14 ปี			
			BW (kg)	Isoniazid (H)	Rifapentine (P)	
			<input type="checkbox"/> 10-15	H(100) 3xHS	P(150) 2xHS	
			<input type="checkbox"/> 16-23	H(100) 5xHS	P(150) 3xHS	
			<input type="checkbox"/> 24-30	H(100) 6xHS	P(150) 4xHS	
<input type="checkbox"/> >30	H(100) 7xHS	P(150) 5xHS				
			(ยา Rifapentine สามารถแบ่งหักได้ และบดผสมกับอาหารกึ่งเหลวสำหรับเด็กที่กลืนยาทั้งเม็ดไม่ได้) ● อายุ > 14 ปี			
			BW (kg)	Isoniazid (H)	Rifapentine (P)	
			<input type="checkbox"/> <50	H(300) 2xHS	P(150) 5xHS	
			<input type="checkbox"/> ≥50	H(300) 3xHS	P(150) 6xHS	
			ให้ร่วมกับ <input type="checkbox"/> Vitamin B6 (50 mg) x HS (ทุกวัน)			
			ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้ ลงชื่อ.....เภสัชกรจ่ายยา			

*3HP ให้หลังจากทบทวน Antiretroviral therapy และ Co-trimoxazole ได้
 *หญิงตั้งครรภ์และหญิงที่กำลังให้นมบุตร (≤ 3 เดือนหลังคลอด) แนะนำให้ 6-9H (Isoniazid 6-9 เดือน)
 *กรณีดื้อ INH แนะนำให้ Rifampicin 10 mg/kg (Max 600 mg) OD x 4 เดือน / MDR-TB ไม่แนะนำรักษาวัณโรคระยะแฝง
 *ยาที่ห้ามใช้ร่วมกับสูตริยา 3HP ได้แก่ ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมน, ยาด้านเอชไอวีกลุ่ม Protease inhibitors (PIs), Tenofovir alafenamide (TAF), Nevirapine (NVP) และ Rilpivirine (RPV), ยาแก้ชัก และยาด้านมาลาเรีย
 *3HP สามารถใช้กับ Dolutegravir (DTG), Efavirenz (EFV), Tenofovir disoproxil (TDF) โดยไม่ต้องปรับขนาด

ขนาดการสั่งใช้ยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคระยะแฝง โรงพยาบาลปราสาท

ขนาดยารักษาวัณโรคระยะแฝง

สูตรยา	ขนาดยา			
	อายุ 2-14 ปี		อายุ >14 ปี	
3HP weekly (12 dose)	Isoniazid	Rifapentine	Isoniazid	Rifapentine
	10-15 kg=300 mg	10-15 kg=300 mg	15 mg/kg	≤50 kg=750 mg
	16-23 kg=500 mg	16-23 kg=450 mg	ถ้าคำนวณมี	>50 kg=900 mg
	24-30 kg=600 mg	24-30 kg=600 mg	เศษให้ปรับ	
	>30 kg=700 mg	>30 kg=750 mg	ขึ้นให้เต็ม	
			100 mg (max dose 900 mg)	
1HP daily (28 dose)	อายุ > 13 ปี Isoniazid 300 mg และ Rifapentine ขนาดยา Rifapentine (ขนาดตามน้ำหนัก) ดังนี้ < 35 kg = 300 mg, 35-45 kg = 450 mg, >45 kg = 600 mg			
สูตรยา	ขนาดยาต่อน้ำหนักตัวต่อวัน (mg/kg/day)			
3HR daily	อายุ <10 ปี		อายุ ≥10 ปี	
	Isoniazid 10 mg (7-15 mg) Rifampicin 15 mg (10-20 mg)	Isoniazid 5 mg (max dose 300 mg) Rifampicin 10 mg		
6-9H daily	อายุ <10 ปี		อายุ ≥10 ปี	
	Isoniazid 10 mg (7-15 mg)		Isoniazid 5 mg	
4R daily	อายุ <10 ปี		อายุ ≥10 ปี	
	Rifampicin 15 mg (10-20 mg)		Rifampicin 10 mg (max dose 600 mg)	

หมายเหตุ: H : Isoniazid, R : Rifampicin, P : Rifapentine

Index case	dose
คือ INH	Rifampicin 10 mg/kg (max 600 mg) OD x 4 mo.
คือ RMP	เลือกใช้สูตร 6-9H
MDR-TB	ปัจจุบันยังไม่มียาหลักฐานที่ชัดเจนในการจ่ายยา TPT ดังนั้นจึงแนะนำให้ติดตามอาการทุก 6 เดือน ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี

ข้อจำกัดสูตรยาต้านเอชไอวีและสูตรยา TPT

6-9H	3HR	4R	3HP	1HP
ไม่จำกัดอายุ	ไม่จำกัดอายุ	ไม่จำกัดอายุ กรณีคือ INH	อายุ >2 ปี ที่กินยาเม็ดได้	อายุ > 12 ปี
ไม่จำกัดสูตรยาต้านเอชไอวี	ห้ามใช้ร่วมกับ Pls, NVP, RPV, ETV, doravirine, ใช้ อย่างระมัดระวัง TAF	ห้ามใช้ร่วมกับ Pls, NVP, RPV, ETV, doravirine, TAF	ห้ามใช้ร่วมกับ Pls, NVP, RPV, ETV, doravirine, TAF	ห้ามใช้ร่วมกับ Pls, NVP, RPV, ETV, doravirine, TAF
	ต้องปรับขนาดยา DTG, RAL	ต้องปรับขนาดยา DTG, RAL		ต้องปรับขนาดยา DTG 50 mg BID
	ไม่ต้องปรับขนาดยา TDF, EFV	ไม่ต้องปรับขนาดยา TDF, EFV	ไม่ต้องปรับขนาดยา TDF, EFV, DTG, RAL	ไม่ต้องปรับขนาดยา TDF, EFV

อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญและการดูแลรักษา

อาการไม่พึงประสงค์	ยาสาเหตุ	การดูแลรักษา
CNS toxicities เช่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ สับสน	H,R,P	หยุดใช้ยาที่สงสัยจะเป็นสาเหตุและรีบปรึกษาแพทย์
Hepatotoxicity เช่น เบื่ออาหาร N/V ตาเหลือง	H,R,P	
Flu-like syndromes เช่น มีไข้สูง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ	R,P	
Hypersensitivity เช่น ผื่น คัน บวม หายใจลำบาก	R,P,H	
GI discomfort เช่น เบื่ออาหาร N/V ปวดท้อง	H,R,P	+Vit.B6 100-200 mg/day
Thrombocytopenia	R,P	
ภาวะผิดปกติของเม็ดเลือด	H	
Peripheral neuropathy	H	

การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ

1. กรณีเกิดพิษต่อดับ

Criteria	Management		
	Continue	Withdraw	Re-challenge
Asymptomatic AST/ALT Elevation<5xULN	/		
AST/ALT > 3xULN + symptom or > 5x ULN		/	/ (AST/ALT<2xULN)
TB < 3 mg/dl	/		
TB > 3 mg/dl		/	/ (TB < 1.5 mg/dl)

2. กรณีเกิดผื่น

Criteria	Management		
	Continue	Withdraw	Re-challenge
Itching without rash	/		
Itching with rash		/	/ (Ramped up)

3. กรณีเกิดอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (Flu-like syndromes)

Criteria	Management		
	Continue	Withdraw	Re-challenge
Mild, not increasing	/		/
Moderate to severe		/	x

3. กรณีเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง (Hypersensitivity: Hypotension, Acute bronchospasm, Conjunctivitis, Thrombocytopenia)

Criteria	Management		
	Continue	Withdraw	Re-challenge
Mild, not increasing	/		/
Moderate to severe		/	x

หมายเหตุ: สืบเสาะหา สาเหตุหลังอื่นๆ เช่น เจริญ น้ำตา อาจเปลี่ยนเป็นสีแดง/สีส้ม ซึ่งเป็นอาการปกติ ไม่เป็นอันตรายรุนแรง

Follow up: 3HP regimen

รายการ	ระหว่างการรักษา			หลังการรักษา	
	Initial	Week2	Week12	Q 6 mo.	Q 12 mo.
BW	/	/	/	/	/
Hx + PE	/	/	/	/	/
IGRA or TST	/				
CXR	/		/		/
CD4	/			/	
Cr	/			/	
LFT	/	/			

ปฏิกริยาระหว่างยาต้านเอชไอวีและยา Rifapentine, Rifampicin

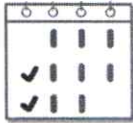
ยารักษาวัณโรคระยะแฝง	ยาต้านไวรัส	วิธีการแก้ปัญหา
Rifapentine (P)	TAF	เลือกใช้ TDF หรือ ABC (กรณีมีข้อห้ามใช้ TDF)
	NVP,RPV	เลือกใช้ NNRTI ตัวอื่นแทน เช่น EFV
	DTG	สามารถใช้ได้แต่ต้องติดตามปริมาณ viral load
Rifampicin (R)	All Pls	เลือกใช้สูตร DTG แทน
	TAF	เลือกใช้ TDF หรือ ABC (กรณีมีข้อห้ามใช้ TDF)
	RPV	เลือกใช้ NNRTI ตัวอื่นแทน เช่น EFV
	DTG	ให้ DTG 50 mg วันละ 2 ครั้ง และติดตามปริมาณ viral load
	All Pls	เลือกใช้สูตร DTG แทน

คำแนะนำในการรักษาวัณโรคระยะแฝง (เพิ่มเติม)

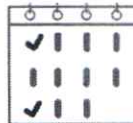
- หญิงตั้งครรภ์และหญิงที่กำลังให้นมบุตร (≤ 3 เดือนหลังคลอด) แนะนำให้ 6-9H ไม่แนะนำให้ใช้ 1HP และ 3HP และให้เริ่มยาหลังจากไตรมาสแรก
- ให้ Vitamin B6 25-50 mg OD ร่วมกับยาทุกสูตร
- ยาที่ห้ามใช้ร่วมกับสูตร 3HP ได้แก่ ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมน, Pls, NVP, RPV, ETV, doravirine, TAF, ยาแก้ปวด และยาต้านมาลาเรีย

ตัวอย่างสมุดบันทึกการรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับสูตรยา 3HP

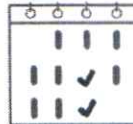
ชื่อ-นามสกุล.....



1. ให้เลือกวันที่จะกินยาประจำใน **แต่ละสัปดาห์** เช่น วันอังคาร หากกินยาในวันที่กำหนดไว้ ให้รับประทาน **มือที่ลืมนับภายใน 3 วัน** (ภายในวันศุกร์) และมือต่อไปให้กินวันที่กำหนด (วันอังคาร) ไว้ตามเดิม



2. **กรณีลืมนับกินยานานเกิน 3 วัน** มี 2 ทางเลือก ดังนี้



2.1 ตัดมือที่ลืมนับออกไป และรับประทานยาตามมือที่กำหนดไว้เดิม ให้ครบ 12 ครั้ง หรือ

2.2 เริ่มกินวันที่นับได้ แล้วครึ่งต่อไปให้ปรับมากับเป็นวันเดียวกับนี้ และกินต่อไปจนครบ 12 ครั้ง

สมุดบันทึก

Health

สุขภาพผู้ป่วย

ที่รักษาด้วยสูตร 3HP

Diary

ชื่อ-นามสกุล.....HN.....

วันที่รับประทานยา ทุกวันอังคาร ทุกวัน.....

วันที่เริ่ม.....วันที่ครบ.....

แบบบันทึกการรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับสูตรยา 3HP เพื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง
คลินิกวันอังคาร โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

อาการไม่พึงประสงค์ หลังการกินยา	สัปดาห์ที่ 1 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 2 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 3 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 4 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 5 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 6 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 7 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 8 วันที่.....
มีไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อ่อนล้า อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดตามร่างกาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ชาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท้องเสีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สับสน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่น ๆ								

อาการไม่พึงประสงค์ หลังการกินยา	สัปดาห์ที่ 9 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 10 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 11 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 12 วันที่.....
มีไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อ่อนล้า อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดตามร่างกาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ชาปลายมือ ปลายเท้า	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท้องเสีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สับสน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่น ๆ				

หมายเหตุ

1. ให้ทำเครื่องหมาย / ในอาการไม่พึงประสงค์ที่มีหรือไม่มีในแต่ละสัปดาห์
2. หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากยารุนแรงให้มาปรึกษาแพทย์/เภสัชกรทันที ก่อนรับนัดได้ หรือ โทร 044-551295 ต่อ 1009 (ต่อสายต้องยา 24 ชั่วโมง)
3. ยาจะรับประทานทั้งหมด 12 ครั้ง โดยรับประทานอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

