กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

กองวัณโรค
Division of Tuberculosis

สมุดบันทึก
กำกับการกินยา (DOT)

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เฉพาะ

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

บันทึกประจำตัว

ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขที่บัตรประชาชน .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ผู้ติดต่อ .....

TB No. .....

HN. .....

วันที่เริ่มรักษา .....

ประเภทการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

☐ New ☐ TAF ☐ TI

☐ Relapse ☐ TALF ☐ O

ผลเสมหะก่อนเริ่มรักษา ☐ AFB ..... ☐ Xpert .....

ผลตรวจการดื้อยา ☐ ไม่มีผลตรวจ ☐ ไม่ดื้อยา .....

☐ ดื้อต่อยา .....

ชื่อโรงพยาบาลที่ให้รักษา .....

โทรศัพท์ .....

สูตรยาเริ่มต้น ..... น้ำหนัก .....กก.

โรคประจำตัว .....

ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา

☐ หาย ☐ รักษาครบ ☐ รักษาล้มเหลว

☐ ขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน ☐ เสียชีวิตระหว่างรักษา

☐ โอนออก ☐ ไม่ทราบผลการรักษา

การส่งต่อ/การโอนย้าย

หมายเหตุ: โปรดบันทึกทุกครั้งในกรณีที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล หรือที่อยู่

ครั้งที่ 1

จาก ..... วันเดือนปี .....

ไปยัง ..... วันเดือนปี .....

ครั้งที่ 2

จาก ..... วันเดือนปี .....

ไปยัง ..... วันเดือนปี .....

ครั้งที่ 3

จาก ..... วันเดือนปี .....

ไปยัง ..... วันเดือนปี .....

หมายเหตุ: .....

.....

นำสมุดบันทึกประจำตัวเล่มนี้ ไปยังโรงพยาบาลปลายทางด้วย

เมื่อผู้ป่วย เป็นวัณโรค จะดูแลตนเองอย่างไร ให้หายป่วย ?

- วัณโรครักษาให้หายได้ โดยกินยาต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน

- ใส่หน้ากากอนามัย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

- กินยาให้ครบถ้วน ทุกเม็ด ทุกวัน

- ปฏิบัติตามแพทย์สั่ง อย่างเคร่งครัด

- หากสงสัยอาการแพ้ยา ให้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล ในสถานพยาบาล

- กินอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับให้เพียงพอ รักษาสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง

- หากมีโรคร่วม ให้รักษาโรคร่วม เช่น ควบคุมเบาหวานให้ดี กินยาต้านไวรัสเอชไอวีสม่ำเสมอ

ถ้าท่านลืมทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้ทานยาทันทีที่นึกได้ หากลืมทานยาเกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามมื้อนั้น แล้วทานยาของวันนี้เลย และให้บอกแพทย์ถึงจำนวนวันที่ลืมทานยา เพราะอาจจะต้องขยายจำนวนวันที่รักษา

อาการ ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล

ตัวเหลือง
ตาเหลือง

ตามัว
มองไม่ชัดเจน

มีผื่นตามตัว
ผิวหนังเป็นรอยช้ำ

เหนื่อยหอบมาก
และอ่อนเพลีย

ปวดตามข้อต่าง ๆ

ควรปรึกษา
แพทย์หรือพยาบาล
ในสถานพยาบาลทันที

หมายเหตุ: หากมีอาการแพ้ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ให้ปรึกษาแพทย์

ยารักษาวัณโรค

ในการรักษาวัณโรคมีเป้าหมายเพื่อกำจัดเชื้อวัณโรคออกจากร่างกายและลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยใช้ยารักษาวัณโรค 4 ชนิด ดังนี้

ไอโซไนอะซิด (Isoniazid: H, INH)

ไรแฟมปิซิน (Rifampicin : R, RIF)

ไพราซินาไมด์ Pyrazinamide: Z, PZA)

อีแทมบูทอล (Ethambutol: E, EMB)

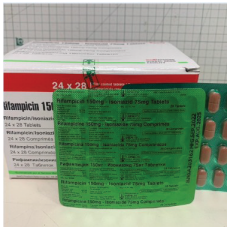
การใช้ยาเม็ดรวม (Fixed dose combination; FDC) เพื่อช่วยเพิ่มความสะดวกสำหรับการจัดการรับประทานยาและป้องกันการรับประทานยาไม่ครบ โดยให้ขนาดยาตามน้ำหนักตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

ยาเม็ดรวม 4 ชนิด
(4 Fixed dose combination; 4FDC)
ใน 1 เม็ด ประกอบด้วย

Isoniazid	75	mg
Rifampicin	150	mg
Pyrazinamide	400	mg
Ethambutol	275	mg

ยาเม็ดรวม 2 ชนิด
(2 Fixed dose combination; 2FDC)
ใน 1 เม็ด ประกอบด้วย

Isoniazid	75	mg
Rifampicin	150	mg



อาการไม่พึงประสงค์/ อาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค

ยา	อาการไม่พึงประสงค์/ อาการข้างเคียง
ไอโซไนอะซิด (Isoniazid: H, INH)	ชาตามปลายมือปลายเท้า ตัวเหลือง ตาเหลือง ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น
ไรแฟมปิซิน (Rifampicin : R, RIF)	สารคัดหลั่ง เช่น ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นสีส้มแดง ตัวเหลือง ตาเหลือง ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
ไพราซินาไมด์ (Pyrazinamide: Z, PZA)	ปวดข้อ ตัวเหลือง ตาเหลือง ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น
อีแทมบูทอล (Ethambutol: E, EMB)	การมองเห็นบกพร่อง เช่น ตาพร่ามัว มองไม่ชัด เป็นต้น

การติดตามผลการรักษาวัณโรค

เสมหะเดือนที่	ผลตรวจ AFB	ผลการเพาะเชื้อ (culture) (growth/ no growth)	หมายเหตุ
0			
2			
3			
5			
6			

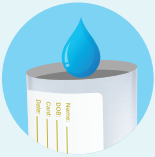
หมายเหตุ: หากผลเสมหะเดือนที่ 2 เป็นบวก หรือ พบเชื้อ ให้ตรวจเสมหะเดือนที่ 3 ด้วย

วิธีขากเสมหะ

1. เตรียมภาชนะเก็บเสมหะ ควรใช้ขวดหรือถ้วยทำด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวและทนแรงกระแทกชนิดฝาเกลียวที่ปิดได้แน่น

2. บ้วนน้ำลายและบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดก่อน นั่งในท่าสบาย จากนั้นหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก 2 - 3 ครั้ง แล้วกลั้นหายใจเล็กน้อย

3. ไอโดยพ่นลมหายใจออกจากปากอย่างเร็วและแรง เพื่อให้เสมหะออกมาจากหลอดลมหรือปอด



4. ขากเสมหะลงในภาชนะสะอาดที่เตรียมไว้

หมายเหตุ: “เสมหะ” ที่ดีมีคุณภาพจะมีลักษณะเป็นเมือก เหนียว เป็นยวง ขุ่นข้น มีสีเหลืองคล้ายหนอง เมื่อนำไปตรวจหาเชื้อจะมีโอกาสพบเชื้อได้ดี

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 1 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 2 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 3 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 4 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 5 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 6 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 7 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 8 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

บันทึกการกินยาวัณโรค

เดือนที่ 9 วัน/เดือน/ปี ..... เริ่ม ถึง วัน/เดือน/ปี .....

ยาที่ได้รับ

H (ไอโซไนอะซิด) .....mg. จำนวน .....เม็ด E (อิแทมบูทอล) .....mg. จำนวน .....เม็ด

R (ไรแฟมปิซิน) .....mg. จำนวน .....เม็ด Z (ไพราซินาไมด์) .....mg. จำนวน .....เม็ด

4FDC จำนวน .....เม็ด 2FDC จำนวน .....เม็ด B6 .....mg จำนวน .....เม็ด

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	กินยา (✓) ไม่ได้กิน (◯)	ผู้ดูแลการกินยา	บันทึกอาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

สมุดบันทึก

กำกับการกินยา (DOT)

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เฉพาะ