



แบบฟอร์มรายงานการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซโพรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกัน
สำหรับสถานพยาบาล

MTP 4
หน้า 1/2

เลขรหัสโรงพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

รายงานการใช้ยา

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่	วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน	ชื่อ - นามสกุล ผู้รายงาน โทร.	ลงนามผู้รายงาน
--------------	---------	------------------------	----------------------------------	-------------------------

ลำดับ	วัน/เดือน/ ปี ที่ใช้ยา	H.N. ผู้รับบริการ	เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ	อายุ (ปี)	แพทย์ ผู้สั่งใช้ยา	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ข้อบ่งชี้ ระบุ 1- 6*	จำนวน ยาที่ใช้ (กล่อง)	ผลการ ใช้ยา ระบุ 1-6**	ภาวะ แทรกซ้อน ระบุ 1- 6***	สิ้นสุด การแท้ง ระบุ 1-7****	วัน/เดือน/ปี ที่สิ้นสุดการ แท้ง	วิธีการ คุมกำเนิด	หมายเหตุ



แบบฟอร์มรายงานการใช้อยาไมฟีพริสโตนและไมโซโพรอสตอลที่บรรจุในแผงเดียวกัน
สำหรับสถานพยาบาล

MTP 4

หน้า 2/2

เลขรหัสโรงพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

รายงานการใช้อยา (ต่อ)

หมายเหตุ:

ให้สถานพยาบาลส่งรายงานการใช้อยา มายังกรมอนามัยทุกเดือน

ข้อบ่งชี้ * ระบุ 1 - 6

- | | |
|--|--|
| 1. การตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายมารดา | 2. การตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตมารดา |
| 3. ถูกข่มขืน กระทำชำเรา | 4. มารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี |
| 5. ทารกในครรภ์ผิดปกติ | 6. อื่นๆ (โปรดระบุในหมายเหตุ) |

ผลการใช้อยา ระบุ 1 - 6 โดยเลือกใส่หมายเลข 1 - 6 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ดังนี้**

- | | |
|---|---|
| 1. แท้งครบ (Complete abortion) – ตรวจไม่พบสิ่งตกค้างในมดลูก | 2. แท้งไม่ครบ (Incomplete abortion) – ตรวจพบชิ้นส่วนเนื้อเยื่อในมดลูก |
| 3. แท้งค้าง (Missed abortion) – ตรวจพบ intrauterine sac แต่ไม่พบสัญญาณชีพ | 4. ยุติการตั้งครรภ์ล้มเหลว (Failed termination of pregnancy) – ตรวจพบมีการตั้งครรภ์ต่อ และพบสัญญาณชีพจากผลอัลตราซาวด์ |
| 5. ไม่สามารถติดตามผู้รับบริการได้ (Lost to follow-up), ไม่สามารถประเมินผลจากการใช้อยา | 6. อื่น ๆ เช่น การใช้เครื่องมือดูดสุญญากาศ ตามที่ผู้รับบริการร้องขอ ก่อนการประเมินผลจากการใช้อยาตามเวลาที่กำหนด |

ภาวะแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์ * ระบุ 1 - 6**

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. ติดเชื้อในกระแสเลือด | 2. ตกเลือด |
| 3. มดลูกทะลุ | 4. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเร่งจับความรู้สึก |
| 5. เสียชีวิต | 6. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวมาข้างต้น |

สิ้นสุดการแท้งโดย** ระบุ 1 - 7**

1. โดยใช้ Medabon® 1 กล่อง
2. โดยใช้ Medabon® 1 กล่อง และให้ไมโซโพรอสตอลเพิ่ม
3. โดยใช้ Medabon® ตั้งแต่ 2 กล่องขึ้นไป
4. โดยใช้ Medabon® 1 กล่อง ตามด้วยวิธีหัตถการ MVA
5. โดยใช้ Medabon® 1 กล่อง ตามด้วยวิธีหัตถการ D/C
6. โดยใช้ Medabon® ตั้งแต่ 2 กล่องขึ้นไป ตามด้วยวิธีหัตถการ MVA
7. โดยใช้ Medabon® ตั้งแต่ 2 กล่องขึ้นไป ตามด้วยวิธีหัตถการ D/C

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 02 590 4243 โทรสาร 02 590 4163 แก๊ไข 1 สิงหาคม 2565

Download แบบฟอร์ม ได้ที่ http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=safe_abortion