

## แบบบันทึกคำถาม/คำตอบ

หน่วยเภสัชสนเทศและบริการสังคม

เลขที่รับ.....

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับ...../...../..... เวลา.....

ผู้ถาม.....ที่อยู่.....				
โทรศัพท์.....โทรสาร.....e-mail.....				
อาชีพ	.....แพทย์	.....พยาบาล	.....อาจารย์	.....ประชาชน
	.....เภสัชกร	.....ทันตแพทย์	.....นักศึกษา	.....อื่น ๆ (.....)
จุดประสงค์การถามเพื่อ	.....แก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย	.....การดูแลผู้ป่วย	.....การศึกษา	.....การวิจัย
ต้องการให้ตอบคำถามทาง	.....โทรศัพท์	.....ไปรษณีย์	.....โทรสาร	.....email
คำถาม .....				
.....				
.....				
.....				
.....				
ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับคำถาม (อายุ, เพศ, น้ำหนัก, สภาวะโรค, การใช้งาน, ค่าทางห้องปฏิบัติการ, การแพ้ยา, อื่น ๆ)				
.....				
.....				
ประเภทคำถาม (เลือกเพียง 1 ประเภท)				
.....Availability	.....Pharmaceutics (compounding,	.....Drug Interactions (drug,		
.....Identification	formulations)	laboratory, disease, food)		
.....General Product Information	.....Therapy Evaluation / Drug of Choice	.....Poisoning / Toxicology		
.....Compatibility / Stability	.....Traditional medicine	.....Teratogenicity / Genetic effects		
.....Dosage / Administration	.....Laws / Policy&Procedure / P&T	.....Lactation / Infant Risks		
.....Pharmacokinetics	.....Adverse effects	.....others (.....)		
แหล่งข้อมูล	.....ตำรา	.....วารสาร	.....Medline	.....IPA
			.....CCIS	.....On line
				.....อื่น ๆ
คำตอบ .....				
.....				
.....				
.....				
.....				
เอกสารอ้างอิง :				
.....				
.....				
.....				
หัวข้อสืบค้น (keywords).....				
ส่งคำตอบทาง	.....โทรศัพท์	.....ไปรษณีย์	.....โทรสาร	.....e-mail
วันที่ตอบ...../...../.....	เวลา.....	ระยะเวลาที่ใช้ในการสืบค้นและตอบคำถาม.....		
ผู้สืบค้น.....	ผู้ตอบ.....			