แบบฟอร์มประกอบการสั่งใช้ยา *Cyclopentolate* HCl 1% (*Cyclogyl*)

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย .... HN... .... อายุ ....ปี

สิทธิการรักษา ☐ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ☐ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ....

Diagnosis...

หมายเหตุ

อาจมีผลข้างเคียงถ้าใช้กับผู้ป่วยเด็กเล็ก คือทำให้มีอาการ ตาสู้แสงไม่ได้ ตาพร่า ผื่นแดง สับสน เห็นภาพหลอน เดินเซ เมื่อหยดยามากเกินไป

เหตุผลประกอบการใช้ยา

☐ ใช้ในการวัดแว่นสายตาเด็ก (cycloplogic refraction) เพื่อป้องกันไม่ให้มี accommodation

☐ ใช้รักษา uveitis, corneal ulcer, เพื่อลดการเกิดพังผืดของม่านตาและลดอาการปวดตา

....

( )

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

วันที่........./............/............