

ด่วนที่สุด

ที่ นน ๐๐๓๒.๐๑๓/ ๒๕๖๔



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ถนนน่าน-ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์

อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

๒๔ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอสั่งสารสกัดฟ้าทะลายโจร เพื่อนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	จำนวน ๑ ฉบับ
ที่ สธ ๐๕๐๒/ ว๒๑๒๙ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔	
๒. สารสกัดฟ้าทะลายโจร ขนาด ๒๐ mg x ๑๕ แคปซูล x ๕๐ ซุด	จำนวน ๗๕๐ แคปซูล
๓. สารสกัดฟ้าทะลายโจร ขนาด ๒๐ mg x ๔๕ แคปซูล x ๑๐ ซุด	จำนวน ๔๕๐ แคปซูล
๔. แผ่นประชาสัมพันธ์ คำแนะนำการรับประทานยาฟ้าทะลายโจรฯ	จำนวน ๓๐ แผ่น
๕. หนังสือ คำแนะนำการรับประทานยาฟ้าทะลายโจรฯ	จำนวน ๖๐ เล่ม

ตามที่ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้สั่งสารสกัดสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน นำไปใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในพื้นที่จังหวัดน่าน รายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ขอสั่งสารสกัดฟ้าทะลายโจรมายังท่าน เพื่อนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ - ๕ และขอความร่วมมือเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ และบันทึกข้อมูลใน google form ตาม QR code ที่แนบมา พร้อมนี้ กรณีไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) สามารถใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรได้ตามบัญชี ยาหลักแห่งชาติต่อไป โดยไม่ต้องส่งคืน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ที่ กองการแพทย์ทางเลือก โทร ๐๖ ๕๕๐๔ ๕๖๗๘

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอความร่วมมือในการดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล

(Signature)

นายวรินทร์เทพ เชื้อสำราญ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทร ๐ ๕๕๖๐ ๐๐๗๕ ต่อ ๕๑๑

(ผู้ประสานงาน: น.ส.วราณัฐ สมุทรอาลัย)

โทรสาร ๐ ๕๕๖๐ ๐๐๗๕

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๕๐๒/ว ๒๑๒๙



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เลขที่ 158

วันที่ ๒๒ พ.ย. ๒๕๖๔

ปี ๒๕๖๔

๒๒.๑๐.๖๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เลขที่ 582๑

วันที่ ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๔

ปี ๒๕๖๔

๒๒.๑๐.๖๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๙ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งสารสกัดฟ้าทะลายโจรเพื่อนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในพื้นที่
ระบาดทุกจังหวัด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดรายการวัสดุส่งมอบ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยขณะนี้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในพื้นที่
ต่าง ๆ และมีการแพร่กระจายไปยังพื้นที่ใกล้เคียง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่
เป็นจำนวนมาก หน่วยบริการสาธารณสุขจึงต้องเตรียมตั้งรับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID - 19) ที่อาจเกิดการแพร่กระจายในพื้นที่ดังกล่าว

ในการนี้ เพื่อการแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
จึงขอส่งยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรให้หน่วยงานของท่าน นำไปใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID - 19) ในพื้นที่ระบาด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางอัมพร เบนจพรหมทัก)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กองการแพทย์ทางเลือก

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๗๐๐๗ ต่อ ๒๖๐๕

๙๒๖๔๕

๒๑ ๑๒ ๖๔

รายการวัสดุส่งมอบ ดังนี้

๑. สารสกัดสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ขนาด ๒๐ มิลลิกรัม

๑.๑ กรณีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไม่มีอาการ (Asymptomatic) ให้รับประทานสารสกัดฟ้าทะลายโจร ขนาด ๖๐ มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกันนาน ๕ วัน จำนวน ๑๐๐ ราย * ๑๕ แคปซูล เป็นจำนวน ๑,๕๐๐ แคปซูล

๑.๒ กรณีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มีอาการเล็กน้อย (Symptomatic) ให้รับประทานสารสกัดฟ้าทะลายโจร ขนาด ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกันนาน ๕ วัน จำนวน ๒๐ ราย * ๔๕ แคปซูล เป็นจำนวน ๙๐๐ แคปซูล

รวมทั้งสิ้น ๒,๔๐๐ แคปซูล

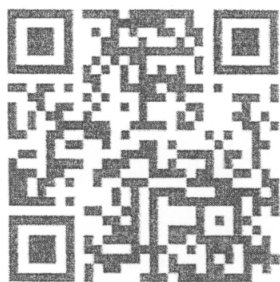
๒. แผ่นประชาสัมพันธ์ คำแนะนำการรับประทานยาฟ้าทะลายโจรสำหรับโรคโควิด - 19 จำนวน ๑๐๐ แผ่น

๓. หนังสือคำแนะนำการใช้ฟ้าทะลายโจร สำหรับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จำนวน ๒๐๐ เล่ม

๔. แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล จำนวน ๑ ชุด

หมายเหตุ : ๑. ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ และบันทึกข้อมูลใน Google form ตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

๒. กรณีที่ไม่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อฯ สามารถใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรได้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป โดยไม่ต้องส่งคืน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ที่ กองการแพทย์ ทางเลือก ๐๖ ๕๕๐๔ ๕๖๗๘



QR Code แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล จำนวน 1 ชุด
ประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------------------|-------------|
| 1. เอกสารแนะนำ | จำนวน 1 ชุด |
| 2. ใบยินยอมด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย | จำนวน 1 ชุด |
| 3. แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย | จำนวน 1 ชุด |

เอกสารแนะนำ

โครงการศึกษาผลของยาฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโควิด-19

เอกสารแนะนำ

ท่านกำลังได้รับเชิญเข้ารับการรักษาใน “โครงการศึกษาผลของยาฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโควิด-19”

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการนี้ ขอความกรุณาอ่านรายละเอียดและทำความเข้าใจในเอกสารนี้ หากมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการหรือผู้ดำเนินการศึกษาเพื่อให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี

การเข้าร่วมการศึกษานี้ของท่านจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะต้องเซ็นชื่อยินยอมและวันที่ยินยอมใน “ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ” และท่านจะได้รับสำเนาใบยินยอม 1 ฉบับ พร้อมกับเอกสารฉบับนี้ อย่างไรก็ตามท่านสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาเนื่องด้วยเหตุผลใดๆ ได้ทุกขณะโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาของท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ในกรณีที่ท่านไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ท่านจะได้รับการรักษามาตรฐานทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

ชื่อโครงการ โครงการศึกษาผลของยาฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโควิด-19

สถานที่ดำเนินการ

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาในการศึกษา

ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 เดือน

ที่มาของโครงการศึกษา

จากเหตุการณ์การระบาดของโรคปอดอักเสบที่อยู่อัน สาธารณรัฐประชาชนจีนตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 สาเหตุจากเชื้อไวรัสชนิดโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเชื้อในทุกมณฑล และพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศ สถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ป่วยในเกือบทุกทวีป โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดและพบการเสียชีวิตสูงสุด รายงานถึงธันวาคม 2563 คือ อเมริกา อินเดีย บราซิล รัสเซีย และ ฝรั่งเศส ตามลำดับ ทั้งนี้จำนวนรวมผู้ป่วยทั่วโลกพบผู้ป่วยทั้งสิ้น 76,289,042 ราย เสียชีวิต 1,685,526 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.1

โรคติดเชื้อโควิด-19 ได้กลับมาสร้างความวิตกกังวลให้คนไทยทั้งประเทศอีกครั้งในช่วงต้นเดือนธันวาคมนี้ เมื่อมีการพบผู้ป่วยคนไทยติดเชื้อโควิด-19 ที่จังหวัดสมุทรสาคร และมีการพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากจากการค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการคาดคะเนว่า ประเทศไทยอาจจะเข้าสู่การระบาดรอบที่สองของเชื้อโควิด-19 เหมือนประเทศอื่นหรือไม่โดยที่การผลิตัววัคซีนยังไม่สามารถดำเนินการได้เรียบร้อยจำเป็นต้อง

หาทางเลือกในการร่วมดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลการศึกษาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าฟาทะลายใจมีสารที่มีฤทธิ์ลดระดับสารที่ก่อการเกิดการอักเสบ การกระตุ้นภูมิคุ้มกัน การยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส รวมถึงการอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสเองทั้งในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง ในประเทศไทยมีการศึกษาต่อยอดในมนุษย์ พบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ระดับความรุนแรงน้อย จำนวน 6 ราย ซึ่งได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อภายใน 72 ชั่วโมง มีอาการดีขึ้นทุกรายหลังวันที่สามของการได้รับสารสกัดฟาทะลายใจ โดยไม่มีผลข้างเคียงใด ๆ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเล็งเห็นความเป็นไปได้ในการนำยาฟาทะลายใจมาใช้ร่วมกับการรักษามาตรฐานตามแผนปัจจุบันในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยหวังผลลดความรุนแรงของอาการแสดงและการดำเนินของโรคของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลและความปลอดภัยของการรับประทานยาฟาทะลายใจในการร่วมรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระดับความรุนแรงน้อย

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญชวนให้เข้าร่วมการศึกษา

ท่านเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18-60 ปี และเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อย คือ มีอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส โดยไม่มีภาวะปอดอักเสบ รวมถึงได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 ภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากท่านเริ่มมีอาการ

โดยท่านจะได้รับการร่วมรักษาด้วยยาฟาทะลายใจเทียบเท่ากับการได้รับสารสำคัญแอนโดรกราโฟไลต์ 180 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 5 วัน ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานตามแผนปัจจุบัน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาแล้ว จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. แพทย์ประจำโครงการทำหน้าที่คัดกรองเบื้องต้น พร้อมซักประวัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าและออกจากโครงการ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการศึกษา หากท่านมีความสนใจ ให้ไปพบกับผู้ที่มีหน้าที่ในการขอคำยินยอมต่อไป
2. ผู้ศึกษาเชิญท่านไปยังพื้นที่ที่แยกส่วนไว้สำหรับการแนะนำโครงการแก่ท่าน โดยผู้ศึกษาจะนำเสนอรายละเอียดของการดำเนินการผลประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมโครงการ และข้อมูลที่จำเป็นอื่น ๆ
3. ผู้ศึกษาจะขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยให้ท่านลงนามใน “ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ” จำนวน 2 ฉบับ (มอบแก่ท่าน 1 ฉบับและเก็บไว้ที่สถานศึกษา 1 ฉบับ) ซึ่งท่านสามารถปฏิเสธหรือแสดงความไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล
4. สำหรับท่านที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา ผู้ศึกษาจะขอความร่วมมือดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

- 4.1 ให้ข้อมูลและอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูล ได้แก่
 - ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ อายุ เพศ, หมู่เลือด, สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา
 - ประเมินความรุนแรงของอาการ (ได้แก่ ไข้, ไอ, เจ็บคอ, มีเสมหะ, มีน้ำมูก, ปวดกล้ามเนื้อ, การรับกลิ่น, การรับรส, ปวดศีรษะ และถ่ายเหลว)
- 4.2 ในวันแรก ท่านจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกายและเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การเก็บตัวอย่างในโพรงจมูก การเก็บตัวอย่างที่คอ การเก็บตัวอย่างเลือด เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลเริ่มต้น
- 4.3 ให้เริ่มรับประทานยาฟ้าทะลายโจร 3 เวลา ก่อนอาหารเช้า กลางวัน และเย็น รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 วัน
- 4.4 ท่านจะได้รับการประเมินความรุนแรงของโรคในทุกวันและเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการอีกครั้ง หลังจากรับประทานยาในวันที่ 5
- 4.5 ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา ได้แก่ ผื่น ลมพิษ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ ใจสั่นหอบหืด หายใจติดขัด เป็นลมหมดสติ หากเกิดอาการดังกล่าว ให้ท่านหยุดยา แจ้งแพทย์ทราบทันทีตามเบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่หรือช่องทางการติดต่ออื่นๆที่ผู้ดำเนินการศึกษาให้ไว้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการร่วมโครงการศึกษานี้ คือ ได้รับการดูแล รักษาการติดตามอาการรวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้อาการของท่านดีขึ้นหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคลดลง

ความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่ท่านอาจได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา

ท่านอาจได้รับความเจ็บปวดจากการตรวจพิเศษ และการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การเก็บตัวอย่างในโพรงจมูก การเก็บตัวอย่างที่คอ การเก็บเสมหะ การเก็บตัวอย่างเลือดซึ่งเป็นการตรวจมาตรฐานของการวินิจฉัยและติดตามโรคโควิด-19

ท่านอาจได้รับความไม่สบายตัว หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโครงการ ได้แก่ อาการแพ้ยาหรือส่วนประกอบอื่น เช่น ผื่น ลมพิษ คลื่นไส้ ท้องเสีย หรือทำให้ระยะเวลาการรักษาเพิ่มขึ้น

มาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

ท่านจะได้รับตรวจประเมินร่างกาย และการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะและได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดำเนินการทั้งนี้การศึกษานี้จะไม่ร้องขอให้เก็บตัวอย่างเพิ่มเติมจากความเห็นแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อลดความเสี่ยงหรือผลกระทบต่อตัวท่านเอง

หากท่านสังเกตพบอาการผิดปกติที่คิดว่า อาจเกิดจากยาที่ใช้ในงานศึกษาเช่น ผื่น ลมพิษ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ ใจสั่นหอบหืด หายใจติดขัด เป็นลมหมดสติ ให้หยุดใช้ยาทันที และโทรศัพท์แจ้งผู้ศึกษาทันที ตามหมายเลขที่ระบุไว้ท้ายเอกสารนี้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือกลับมาพบแพทย์ได้ทันทีโดยโครงการศึกษาจะเป็นผู้รับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาและค่าชดเชยที่เกี่ยวข้อง

กรณีเกิดอันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาศึกษา ท่านจะได้รับการดูแลรักษาอย่างไร

กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ผื่น ลมพิษ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ ใจสั่นหอบหืด หายใจติดขัด เป็นลมหมดสติ ทั้งนี้อาสาสมัครจะได้รับข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อเฝ้าระวังอาการเหล่านี้ก่อนเข้าร่วมการศึกษา หากเกิดอาการเหล่านี้ให้ท่านหยุดยา แจ้งแพทย์ และทีมศึกษาทราบทันที

กรณีที่ท่านประสงค์จะถอนตัวออกจากโครงการ

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หากท่านไม่สมัครใจ หลังจากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นท่านโครงการนี้แล้ว ท่านสามารถถอนตัวหรือหยุดการศึกษาได้ทุกเมื่อ การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อ การรักษาหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ ในการรักษาของท่าน

กรณีมีเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน เช่น มีข้อสงสัยต่าง ๆ ในการใช้ยา หรือหากท่านมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโครงการนี้ ท่านสามารถติดต่อทีมรักษาในโรงพยาบาลโดยตรง หรือทีมผู้ดำเนินการทั้งในและนอกเวลาราชการ ได้ที่ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่อยู่ 88/23 อาคารกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 065-5045678

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจของอาสาสมัคร

โครงการศึกษาผลของยาฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโควิด-19

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย

“การศึกษาผลของยาฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโควิด-19”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ดำเนินการถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการให้ยา อันตราย ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษา หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้ศึกษารับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้ดำเนินการรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการศึกษา หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแล การศึกษา ผู้ศึกษารับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากโครงการดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตาม สิทธิ์ที่ข้าพเจ้าควรได้ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ทีมรักษาในโรงพยาบาลโดยตรง หรือทีมผู้ดำเนินการทั้งในและ นอกเวลาราชการ ได้ที่ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่อยู่ 88/23 อาคารกรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 065-5045678

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม.....พยาน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้ดำเนินการได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายอย่างครบถ้วนถึงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการศึกษา อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาหรือยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการศึกษา ให้กับผู้ยินยอมและผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย (ถ้ามี) ได้รับทราบแล้ว และได้ตอบข้อสงสัยทั้งหมดของผู้ยินยอมแล้ว ข้าพเจ้าเชื่อว่าผู้ยินยอมเข้าใจข้อมูลที่อธิบาย และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาศึกษาโดยไม่มีการบังคับ และได้มอบสำเนาเอกสารใบยินยอมด้วยความสมัครใจฉบับนี้ที่ลงนามและวันที่แล้วให้กับผู้ยินยอมจำนวน 1 ฉบับ

ลงนาม.....ผู้ดำเนินการโครงการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย

โครงการศึกษาผลของยาฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโควิด-19

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานอาสาสมัคร

รหัสอาสาสมัคร: <input type="text"/>		เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ:	
		เบอร์โทรบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน:	
เพศ: <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย		อายุ: <input type="text"/> ปี <input type="text"/> เดือน	
วัน/เดือน/ปีเกิด วัน.....วันที่.....เดือน..... ปี.....		ธาตุเจ้าเรือน.....	
สมุฏฐานโรคทางการแพทย์แผนไทย (ถ้ามี) เข้าระบบ <input type="checkbox"/> วาตะ <input type="checkbox"/> ปิตตะ <input type="checkbox"/> เสมหะ			
น้ำหนักตัว: <input type="text"/> . <input type="text"/> กิโลกรัม		ความสูง: <input type="text"/> เซนติเมตร	
ความดัน (SBP/DBP): <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg		ชีพจร: <input type="text"/> ครั้ง/นาที	
อุณหภูมิร่างกาย : <input type="text"/> °C		อัตราการหายใจ: <input type="text"/> ครั้ง/นาที	
โรคประจำตัว:	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)		
ประวัติแพ้ยา/อาหาร:	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)		
สูบบุหรี่:	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> เลิกสูบแล้ว <input type="checkbox"/> ไม่เคยสูบ		
ดื่มแอลกอฮอล์:	<input type="checkbox"/> ดื่ม <input type="checkbox"/> เลิกดื่มแล้ว <input type="checkbox"/> ไม่เคยดื่ม		
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง	<input type="checkbox"/> อายุ > 60ปี <input type="checkbox"/> Chronic lung disease; COPD gold ≥3 หรือ B <input type="checkbox"/> CKD stage ≥ 3B <input type="checkbox"/> Heart failure; NYHA ≥ 2 <input type="checkbox"/> Obesity (BMI ≥ 35 kg/m ²) <input type="checkbox"/> Lymphopenia (<1,000 cell/mm ³) <input type="checkbox"/> Cirrhosis; Child-Pugh ≥ B <input type="checkbox"/> Immunocompromised host		

ตอนที่ 2 สรุปข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มมีอาการป่วย <input type="text"/> / <input type="text"/> / 2563	วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก <input type="text"/> / <input type="text"/> / 2563															
วันที่ได้รับฟ้าทะลายโจรครั้งแรก <input type="text"/> / <input type="text"/> / 2563																
อุณหภูมิร่างกาย : <input type="text"/> . <input type="text"/> °C	อัตราการหายใจ : <input type="text"/> ครั้ง/นาที															
ความดัน (SBP/DBP): <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	ชีพจร: <input type="text"/> ครั้ง/นาที															
อาการแสดงแรกพบ: <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไข้</td> <td><input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย</td> <td><input type="checkbox"/> ผื่น</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไอ</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น</td> <td><input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> มีน้ำมูก</td> <td><input type="checkbox"/> ลิ้นไม่รับรส</td> <td><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เจ็บคอ</td> <td><input type="checkbox"/> ตาแดง</td> <td><input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ไข้	<input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย	<input type="checkbox"/> ผื่น	<input type="checkbox"/> ไอ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น	<input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> มีน้ำมูก	<input type="checkbox"/> ลิ้นไม่รับรส	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ	<input type="checkbox"/> ตาแดง	<input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ			<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ
<input type="checkbox"/> ไข้	<input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย	<input type="checkbox"/> ผื่น														
<input type="checkbox"/> ไอ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น	<input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว														
<input type="checkbox"/> มีน้ำมูก	<input type="checkbox"/> ลิ้นไม่รับรส	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ														
<input type="checkbox"/> เจ็บคอ	<input type="checkbox"/> ตาแดง	<input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ														
		<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ														
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ																
ผลตรวจ RT-PCR:																
ชนิดตัวอย่าง: <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal swab <input type="checkbox"/> Throat/Oropharyngeal swab <input type="checkbox"/> เสมหะ	ผลตรวจ: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive Cycle Threshold <input type="text"/> วันที่ตรวจ <input type="text"/> / <input type="text"/> / 2563															
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น (ใช้เป็นเอกสารแนบ)																
อาการรุนแรงมากขึ้น : วันที่ <input type="text"/> / <input type="text"/> / 2563 <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (อธิบายอาการ และใช้การประเมินจากแนวทางปฏิบัติของกรมการแพทย์) <input type="checkbox"/> SpO ₂ ที่ Room air < 96% <input type="checkbox"/> Pneumonia จาก X-ray ผิดปกติ <input type="checkbox"/> Bronchitis จาก X-ray ผิดปกติ <input type="checkbox"/> มีการส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากอาการแย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____																
อาการไม่พึงประสงค์: <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ปวดท้อง/เสບท้อง <input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> หน้ามืด <input type="checkbox"/> วิงเวียน <input type="checkbox"/> มือเท้าชา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____																
หากเกิดอาการด้านล่างนี้ ให้ท่านหยุดยาและพบแพทย์ทันที <input type="checkbox"/> ผื่นแดง <input type="checkbox"/> ลมพิษ <input type="checkbox"/> คัน <input type="checkbox"/> เหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หน้าบวม/ริมฝีปากบวม/ลิ้นบวม/หนังตาบวม/หายใจลำบาก																

(ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์สามารถให้อาสาสมัครกรอกเองได้รายวัน)

ประเมินวันที่ 1

คะแนนรวม

แบบประเมินระดับความเจ็บป่วยด้วย Numeric Rating Score

โปรดทำเครื่องหมายวงกลม ☐ ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน (ผู้ป่วย) มากที่สุด

***ถ้าไม่มีอาการ ให้วงกลม ☐ ล้อมรอบเลข "0"

อาการ		คะแนน
1. อาการไข้	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีไข้เลย มีไข้มากที่สุด</div>	
2. ความรุนแรงของ อาการไอ	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการไอ ไอมาก/ตลอดเวลา</div>	
3. ปริมาณน้ำมูก	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีน้ำมูกเลย มีน้ำมูกไหลตลอดเวลา</div>	
4. ความรุนแรงของ อาการเจ็บคอ	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีเจ็บคอเลย เจ็บคอตลอดเวลา</div>	
5. หายใจเหนื่อย	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>หายใจปกติ หายใจเหนื่อยจนนอนไม่ได้</div>	
6. การไต่กลืน	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไต่กลืนปกติ ไม่ได้กลืนเลย</div>	
7. การรับรส	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>รับรสปกติ ไม่รู้รสชาติเลย</div>	
8. ตาแดง	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการตาแดง มีอาการตาแดงมาก</div>	
9. ผื่น	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีผื่นผดปกติ มีผื่นจำนวนมาก</div>	
10. ถ่ายเหลว	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการถ่ายเหลว ถ่ายเหลวตลอด</div>	
11. ปวดศีรษะ	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการปวดศีรษะ ปวดศีรษะตลอด</div>	
12. ปวดกล้ามเนื้อ	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด</div>	

ประเมินวันที่ 3

คะแนนรวม

แบบประเมินระดับความเจ็บป่วยด้วย Numeric Rating Score

โปรดทำเครื่องหมายวงกลม ☐ ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน (ผู้ป่วย) มากที่สุด

***ถ้าไม่มีอาการ ให้วงกลม ☐ ล้อมรอบเลข "0"

อาการ		คะแนน
1. อาการไข้	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีไข้เลย มีไข้มากที่สุด</div> </div>	
2. ความรุนแรงของอาการไอ	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการไอ ไอมาก/ตลอดเวลา</div> </div>	
3. ปริมาณน้ำมูก	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีน้ำมูกเลย มีน้ำมูกไหลตลอดเวลา</div> </div>	
4. ความรุนแรงของอาการเจ็บคอ	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีเจ็บคอเลย เจ็บคอตลอดเวลา</div> </div>	
5. หายใจเหนื่อย	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>หายใจปกติ หายใจเหนื่อยจนนอนไม่ได้</div> </div>	
6. การได้กลิ่น	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ได้กลิ่นปกติ ไม่ได้กลิ่นเลย</div> </div>	
7. การรับรส	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>รับรสปกติ ไม่รับรสชาติเลย</div> </div>	
8. ตาแดง	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการตาแดง มีอาการตาแดงมาก</div> </div>	
9. ผื่น	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีผื่นผื่นปกติ มีผื่นจำนวนมาก</div> </div>	
10. ถ่ายเหลว	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการถ่ายเหลว ถ่ายเหลวตลอด</div> </div>	
11. ปวดศีรษะ	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการปวดศีรษะ ปวดศีรษะตลอด</div> </div>	
12. ปวดกล้ามเนื้อ	<div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div>ไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด</div> </div>	

ประเมินวันที่ 6

คะแนนรวม

แบบประเมินระดับความเจ็บป่วยด้วย Numeric Rating Score

โปรดทำเครื่องหมายวงกลม ☐ ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน (ผู้ป่วย) มากที่สุด

****ถ้าไม่มีอาการ ให้วงกลม ☐ ล้อมรอบเลข "0"

อาการ		คะแนน
1. อาการไข้	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีไข้เลย มีไข้มากที่สุด </div>	
2. ความรุนแรงของอาการไอ	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีอาการไอ ไอมาก/ตลอดเวลา </div>	
3. ปริมาณน้ำมูก	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีน้ำมูกเลย มีน้ำมูกไหลตลอดเวลา </div>	
4. ความรุนแรงของอาการเจ็บคอ	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีเจ็บคอเลย เจ็บคอตลอดเวลา </div>	
5. หายใจเหนื่อย	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> หายใจปกติ หายใจเหนื่อยจนนอนไม่ได้ </div>	
6. การไต่กลืน	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไต่กลืนปกติ ไม่ได้กลืนเลย </div>	
7. การรับรส	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> รับรสปกติ ไม่รับรสชาติเลย </div>	
8. ตาแดง	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีอาการตาแดง มีอาการตาแดงมาก </div>	
9. ผื่น	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีผื่นผดปกติ มีผื่นจำนวนมาก </div>	
10. ถ่ายเหลว	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีอาการถ่ายเหลว ถ่ายเหลวตลอด </div>	
11. ปวดศีรษะ	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีอาการปวดศีรษะ ปวดศีรษะตลอด </div>	
12. ปวดกล้ามเนื้อ	<div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> ไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด </div>	

คำแนะนำการประเมินระดับความเจ็บป่วยของท่านด้วยเส้นวัดค่า

- | | |
|--------------|--|
| ปริมาณน้ำมูก | |
|--------------|--|

ปริมาณน้ำมูก	
--------------	--

ปริมาณน้ำมูก	
--------------	--

ปริมาณน้ำมูก	
--------------	--

เมื่อวานมีน้ำมูกไหลมาก	
ถ้า วันนี้มีน้ำมูกมากขึ้น	
ถ้าวันนี้มีน้ำมูกลดลง	
ถ้าวันนี้ไม่มีน้ำมูกไหลเลย	

รายละเอียดยาสนับสนุนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เลขทะเบียนยา : G 898/47

รหัส 24 หลัก : 410000000479102020182755

ชื่อสามัญ : ฟ้าทะลายโจร

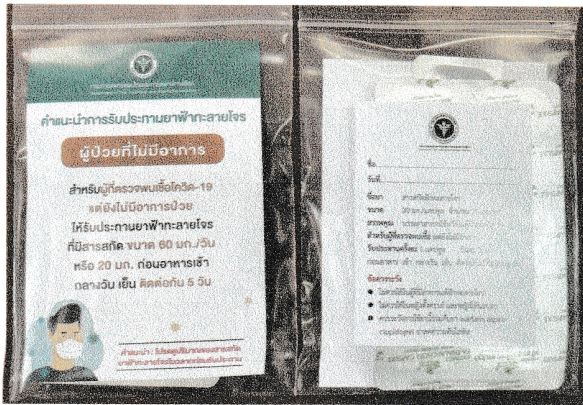

ชื่อทางการค้า : สารสกัดฟ้าทะลายโจรแคปซูล

ความแรง : สารสกัดฟ้าทะลายโจร ขนาด 20 mg/แคปซูล

รูปแบบ : แคปซูล

บริษัท : ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย จำกัด

ประเภทยา : ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)

<p>Asymptomatic COVID-19 ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ</p>	<p>Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease ผู้ป่วยที่อาการเล็กน้อย</p>
<p>แนะนำ ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรที่มีปริมาณ Andrographolide 60 mg/day</p>	<p>แนะนำ ใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจรที่มีปริมาณ Andrographolide 180 mg/day</p>
<p>วิธีใช้ รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน</p>	<p>วิธีใช้ รับประทาน ครั้งละ 3 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน</p>
<p>สารสกัดฟ้าทะลายโจร ขนาด 20 mg/แคปซูล จำนวน 15 แคปซูล x 50 ซุด = 750 แคปซูล</p>	<p>สารสกัดฟ้าทะลายโจร ขนาด 20 mg mg/แคปซูล จำนวน 45 แคปซูล x 10 ซุด = 450 แคปซูล</p>
	
<p>ข้อควรระวัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ควรใช้ในผู้ที่มีอาการแพ้ฟ้าทะลายโจร - ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร - ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับ Warfarin Aspirin Clopidogrel กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง 	

๔. แผ่นประชาสัมพันธ์ คำแนะนำการรับประทานยาฟ้าทะลายโจรฯ จำนวน ๓๐ แผ่น



๕. หนังสือ คำแนะนำการรับประทานยาฟ้าทะลายโจรฯ จำนวน ๖๐ เล่ม

