

แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm)

ยาที่สงสัย

อาการไม่พึงประสงค์

ร้านยา

| คำถาม | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ | คะแนน |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|---------|-------|
| 1 เคยมีการสรุปหรือรายงานปฏิกิริยานี้กับยาชนิดนี้มาแล้วหรือไม่ | +1 | 0 | 0 | |
| 2 อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาที่คิดว่า เป็นสาเหตุหรือไม่ | +2 | -1 | 0 | |
| 3 อาการไม่พึงประสงค์นี้ดีขึ้นเมื่อหยุดยาดังกล่าว หรือเมื่อให้ ยาต้านที่เฉพาะเจาะจง (specific antagonist) หรือไม่ | +1 | 0 | 0 | |
| 4 อาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นอีกเมื่อเริ่มให้ยาใหม่หรือไม่ | +2 | -1 | 0 | |
| 5 ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น (นอกเหนือจากยา) ของผู้ป่วยได้หรือไม่ | -1 | +2 | 0 | |
| 6 ปฏิกิริยาดังกล่าวเกิดขึ้นอีก เมื่อให้ยาหลอกหรือไม่ | -1 | +1 | 0 | |
| 7 สามารถตรวจวัดปริมาณยาได้ในเลือด (หรือของเหลวอื่น) ในปริมาณความเข้มข้นที่เป็นพิษหรือไม่ | +1 | 0 | 0 | |
| 8 ปฏิกิริยารุนแรงขึ้น เมื่อเพิ่มขนาดยาหรือลดความรุนแรงลง เมื่อลดขนาดยาหรือไม่ | +1 | 0 | 0 | |
| 9 ผู้ป่วยเคยมีปฏิกิริยาเหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้มาก่อนในการ ได้รับยากครั้งก่อนๆ หรือไม่ | +1 | 0 | 0 | |
| 10 อาการไม่พึงประสงค์นี้ ได้รับการยืนยันโดยมีผลปฏิบัติการหรือ ผลจากการตรวจสอบอื่นๆยืนยัน (objective evidence) | +1 | 0 | 0 | |
| รวมคะแนน | | | | |

ระดับคะแนน

- | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 | Definite (certain) | ใช่แน่ |
| <input type="checkbox"/> คะแนนเท่ากับ 5 - 8 | Probable | น่าจะใช่ |
| <input type="checkbox"/> คะแนนเท่ากับ 1 - 4 | Possible | อาจจะใช่ |
| <input type="checkbox"/> คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0 | Doubtful (unlikely) | น่าสงสัย (ไม่น่าใช่) |

ลงชื่อ

ผู้ประเมิน

วันที่