แบบสำรวจร้านค้าร้านชำ: ให้ทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องรายการยาที่มีการจำหน่าย **ร้านชำ 1**

ชื่อ รพ.สต..... **ตำบล..... อำเภอ..... อำเภอ..... วันที่สำรวจ.....**

ลำดับ	ชื่อเจ้าของร้านค้าร้านชำ บ้านเลขที่ , หมู่ที่	1.กลุ่มเตตราซัยคลิน	2.กลุ่มเพนนิซิลลิน	3.กลุ่มซัลฟา	4.ยาแก้ปวด ไพร็อกซีแคม	5.ยาแก้ปวดไดโคลฟีแนค	6.ยาหยุดถ่าย	7.ยาแก้ท้องเสีย	8.ยาถ่ายพยาธิ	9.ยาแก้หวัด	10.ยาแก้ไอหวัด	11.ยาควบคุมพิเศษ	12.ยาไม่มีทะเบียน	13.ยาฉีด	14.ยาชุด	15.ยาเสื่อมคุณภาพ	16.ยาบรรจุเสร็จฯ	17.ยาสามัญประจำบ้าน	**เข้าเกณฑ์***	ไม่เข้าเกณฑ์
	รวม																			

*** เข้าเกณฑ์ หมายถึง ไม่มีจำหน่ายยารายการที่ 1 -**

1.ยากลุ่มเตตราซัยคลิน เช่น ฮิโรมัยซิน, ทีซีมัยซิน, เทอร์รามัยซิน, ออริโอมัยซิน, กาโนสเป็ก 500

2.กลุ่มเพนิซิลลิน เช่น เพนิซิลลิน วี 500,000 I.U., อะม็อกซี่ซิลลิน, แอมพิซิลลิน

3.ยากลุ่มซัลฟา เช่น คานาเมด เอช.เค.

4.ยาแก้ปวดไพร็อกซิแคม เช่น คาพีร็อกซ์, ฮีโร่เพด, ป๊อก 109, เพียแคม, ฮ๊อคโซน, ดีน๊อก 101, เฟลร็อกซ์, น๊อกซ่า

5.ยาแก้ปวดไดโคลฟีแนค เช่น ไดฟีลีน

6.ยาหยุดถ่าย เช่น อิโมเดียม, น้อกซี่, ไดโคติล, ไดอารีน

7.ยาแก้ท้องเสีย เช่น ไดเซนโต, ค๊อคคีลา

8.ยาถ่ายพยาธิตัวตืด เช่น โยเมซาน, นิโคลซาไมด์, เซนด้า 1000, เฮ้กซิน*, ไวโซนิก*, ฮีโร่-แอนสัน*, ไบร์ซาน*

9.ยาแก้หวัด เช่น ทิฟฟี่ ฟู, ทิฟฟี่ เดย์, ดีคอลเจน พริน, ดีคอลเจน พลัส, นาซ่า, นูตาโคล, ไทลินอลโคลด์, อปราคัวร์

10.ยาแก้ไอหวัด เช่น ไอยาฟิน

11.ยาควบคุมพิเศษ เช่น เด็กซ่าเมทธาโซน, เพรดนิโซโลน, ฟีนิลบิวทาโซน

12.ยาไม่มีเลขทะเบียน เช่น ยากลั่นกระดูกเสือ, ยาขางทรางตาลขะโมย, ยาก๋ากว่าง, ยาดองสองเพศ ฯลฯ