**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**

**ชื่อผู้ป่วย.....**
ค่า eGFR ..... มล./นาที/ 1.73 ตร.ม ณ วันที่.....

โรคไตเรื้อรัง eGFR < 30
**1.ห้ามใช้ Metformin**
**2.ห้ามใช้ยา Ibuprofen, Diclofenac**
**3.ห้ามใช้ เถาวัลย์เปรียง**