



แบบขออนุมัติใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ป่วย	วันที่ส่งเอกสาร ...../...../.....	วันที่รับเอกสาร ...../...../.....
ชื่อ-นามสกุล..... HN ..... AN ..... OPD / ER / Ward / .....		
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุ..... ปี น้ำหนัก.....kg. สติธิ..... U/D ..... SCr.....mg/dl CrCl.....ml/min		
ส่วนที่ 2 : แพทย์ผู้สั่งใช้ยา		
2.1 การวินิจฉัย 1. .... 2. .... 3. .... 4. ....		
2.2 การรับเชื้อที่เป็นสาเหตุให้ต้องใช้นี้ในการรักษา <input type="checkbox"/> Community acquired <input type="checkbox"/> Hospital acquired <input type="checkbox"/> Others.....		
2.3 ท่านได้ทำ Gram Stain หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำผล .....		
2.4 ท่านได้ส่งตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุแล้วหรือยัง <input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Wound <input type="checkbox"/> Others.....		
2.5 ผลการเพาะเชื้อ <input type="checkbox"/> Ampicillin resistant + Enterococci <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRSE <input type="checkbox"/> MDR <i>Enterbacter Sp.</i> <input type="checkbox"/> MDR <i>Escherichia coli</i> <input type="checkbox"/> MDR <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <input type="checkbox"/> MDR <i>Acinetobacter spp.</i> <input type="checkbox"/> MDR <i>Klebsiella pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> Others.....		
2.6 ยาด้านจุลชีพที่สั่ง <b>Doripenem Inj. 500 mg/vial</b> (NED 977 บาท/vial) * ใช้ในกรณีเชื้อดื้อยา Meropenem เท่านั้น		
<b>ข้อบ่งใช้</b>		
<input type="checkbox"/> การติดเชื้อ <i>P. aeruginosa</i> ที่มีความไวต่อยา doripenem และดื้อต่อ meropenem (แบบผลมาด้วย)		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....		
<b>ขนาดยาที่ใช้ในการรักษา</b>		
ผู้ใหญ่		
<input type="checkbox"/> Usual dose : 500 mg IV q 8 hr		
การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ไตบกพร่อง		
<input type="checkbox"/> CrCl 30-50 ml/min : 250 mg IV q 8 hr		
<input type="checkbox"/> CrCl 11-29 ml/min : 250 mg IV q 12 hr		
<b>ได้ตรวจสอบแล้ววันนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันการใช้วันแรกจริง (เฉพาะกรณี 24 ชั่วโมงแรก ไม่ต้องรออนุมัติ)</b>		
แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง) เลขใบประกอบฯ ว. .... วันที่.....		
ส่วนที่ 3 : ความเห็นของอาจารย์แพทย์ (อาจารย์แพทย์ประเมินส่วนนี้ภายใน 96 ชั่วโมง เพื่อประกอบการเบิกจ่ายยานี้ต่อเนื่อง)		
<input checked="" type="checkbox"/> เห็นสมควรใช้ต่อ.....วัน <input type="checkbox"/> เห็นสมควรหยุดใช้		
เหตุผล ยืนยัน <input type="checkbox"/> Empiric TX .....		
<input type="checkbox"/> Specific TX .....		
.....		
ลงชื่ออาจารย์แพทย์.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง) เลขใบประกอบฯ ว. .... วันที่.....		

\*\*หากครบ 96 ชั่วโมงแล้ว ฝ่ายเภสัชกรรมไม่ได้รับแบบขออนุมัติที่กรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน จะหยุดจ่ายยาโดยอัตโนมัติ ตามนโยบายคณะกรรมการ PTC โรงพยาบาลสุทธาเวช\*\*

ส่วนที่ 4 : สำหรับเภสัชกร

สำหรับเภสัชกร : ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา

- Appropriate
- Inappropriate ( Indication / Dose / Dose interval / Duration / Culture bacteria กรณีมีผลเพาะเชื้อ)

.....

.....

.....

.....

เภสัชกร.....Consult แพทย์ .....เมื่อวันที่.....

Result :

- Acceptance : switch to .....
- Unacceptance เหตุผล คือ .....