



แบบขออนุมัติใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ป่วย	วันที่ส่งเอกสาร ...../...../.....	วันที่รับเอกสาร ...../...../.....
---------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

ชื่อ-นามสกุล..... HN ..... AN ..... OPD / ER / Ward / .....  
 เพศ  ชาย  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 การรับเชื้อที่เป็นสาเหตุให้ต้องใช้นานี้ในการรักษา  
 Community acquired  Hospital acquired  Others.....

2.3 ท่านได้ทำ Gram Stain หรือไม่  
 ไม่ได้ทำ  ทำ ผล .....

2.4 ท่านได้ส่งตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุแล้วหรือยัง  
 ไม่ได้ส่ง  
 ส่ง  Blood  CSF  Sputum  
 Urine  Wound  Others.....

2.5 ผลการเพาะเชื้อ  
 Ampicillin resistant + Enterococci  MRSA  MRSE  MDR *Enterbacter Sp.*  
 MDR *Escherichia coli*  MDR *Pseudomonas aeruginosa*  MDR *Acinetobacter spp.*  
 MDR *Klebsiella pneumoniae*  Others.....

2.6 ยาด้านจุลชีพที่สั่ง **Levofloxacin Inj. 750 mg/ vial** (ED(ง) 408 บาท/vial)

**ข้อบ่งใช้**

**Empiric therapy** : การติดเชื้อ skin/soft tissue/UTI/pneumonia ที่คาดว่าจาก Gram+/- bacteria โดยเฉพาะ *Pneumococcus*, *Enterococcus*, *Klebseiella*, *Proteus* หรือ *Pseudomonas aeruginosa*

TB suspected resist to standard regimens

**Specific therapy** : Gram+/- bacteria ที่ไวต่อ Levofloxacin และดื้อ/หรือแพ้ยาในกลุ่ม aminoglycosides/ 3<sup>rd</sup> Gen Cephalosporins ควรมีผลการทดสอบความไวทาง Lab มายืนยันการติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียชนิด ESBL +ve

อื่นๆ ระบุ .....

**ขนาดยาที่ใช้ในการรักษา**

ผู้ใหญ่  
 Usual dose : 500 – 750 mg q 24 hr  
 การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ไตบกพร่อง  
 CrCl 20-50 ml/min : 750 mg q 48 hr  
 CrCl < 20ml/min : 750 mg stat then 500 mg q 48 hr

**ได้ตรวจสอบแล้ววันนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันการใช้วันแรกจริง (เฉพาะกรณี 24 ชั่วโมงแรก ไม่ต้องรออนุมัติ)**

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง) เลขใบประกอบฯ ว. .... วันที่.....

ส่วนที่ 3 : ความเห็นของอาจารย์แพทย์ (อาจารย์แพทย์ประเมินส่วนนี้ภายใน **96 ชั่วโมง** เพื่อประกอบการเบิกจ่ายยาต่อเนื่อง)

เห็นสมควรใช้ต่อ.....วัน  เห็นสมควรหยุดใช้

เหตุผล ยืนยัน  Empiric TX .....  
 Specific TX .....

.....

ลงชื่ออาจารย์แพทย์.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง) เลขใบประกอบฯ ว. .... วันที่.....

**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 .....