



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. สีทึบ..... U/D ..... SCr.....mg/dl CrCl.....ml/min		
ส่วนที่ 2 : แพทย์ผู้สั่งใช้ยา		
2.1 การวินิจฉัย 1. .... 2. .... 3. .... 4. ....		
2.2 การรับเชื้อที่เป็นสาเหตุให้ต้องใช้นี้นในการรักษา <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"/> ทำ ผล .....		
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>Meropenem Inj. 1,000 mg/vial</b> (ED(ง) 134 บาท/vial)		
<u>ข้อบ่งใช้</u>		
<input type="checkbox"/> Empiric therapy : การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น		
<input type="checkbox"/> Empiric therapy : febrile neutropenia ที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น		
<input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ติดต่อ Cephalosporin, Aminoglycoside, Fluoroquinolone, Beta-Lactam/ Beta-Lactamase Inhibitor		
<input type="checkbox"/> การติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียชนิด ESBL +ve		
<input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ไวต่อยากลุ่มอื่นๆ แต่ไม่สามารถใช้ยาอื่นได้เพราะ.....		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....		
<u>ขนาดยาที่ใช้ในการรักษา</u>		
ผู้ใหญ่ <span style="float: right;">เด็ก (Max dose 6 g/day)</span>		
<input type="checkbox"/> Usual dose : 1 g IV q 8 hr <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 60 mg/kg/day แบ่ง q 6-8 ชม.</span>		
<input type="checkbox"/> Severe infection : 2 g IV q 8 hr <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 120 mg/kg/day แบ่ง q 6-8 ชม (meningitis)</span>		
การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ไตบกพร่อง		
<input type="checkbox"/> CrCl 10-50 ml/min : 1 g q 12 hr		
<input type="checkbox"/> CrCl < 10ml/min : 500 mg q 24 hr		
<input type="checkbox"/> Hemodialysis : 500 mg q 24 hr + 1 dose after HD		
<b>ได้ตรวจสอบแล้ววันนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันการใช้วันแรกจริง (เฉพาะกรณี 24 ชั่วโมงแรก ไม่ต้องรออนุมัติ)</b>		
แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง) เลขใบประกอบฯ ว. .... วันที่.....		
ส่วนที่ 3 : ความเห็นของอาจารย์แพทย์ (อาจารย์แพทย์ประเมินส่วนนี้ภายใน <b>96 ชั่วโมง</b> เพื่อประกอบการเบิกจ่ายยานี้ต่อเนื่อง)		
<input 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 .....