



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. สีทธิ..... 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"/> 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 Piperacillin + Tazobactam Inj. 4.5 gm/vial (ED(ง) 97บาท/vial)		
ข้อบ่งใช้		
<input type="checkbox"/> Empiric therapy : การติดเชื้อที่อาจเกิดจาก <i>P.aeruginosa</i> ระหว่างรอผลตรวจหาเชื้อ		
<input type="checkbox"/> Empiric therapy : febrile neutropenia		
<input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ติดต่อ Cephalosporin, Aminoglycoside, Fluoroquinolone		
<input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ไวต่อยากลุ่มอื่นๆ แต่ไม่สามารถใช้ยาอื่นได้เพราะ.....		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
ขนาดยาที่ใช้ในการรักษา		
ผู้ใหญ่		
<input type="checkbox"/> Usual dose : 2.25 – 4.5 g q 6-8 hr		
การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ไตบกพร่อง		
<input type="checkbox"/> CrCl 20-40 ml/min : 2.25 g IV q 6 hr		
<input type="checkbox"/> CrCl < 20ml/min : 2.25 g IV q 8 hr		
<input type="checkbox"/> HD/CAPD 2.25 g IV q 12 hr + 0.75 g IV after each dialysis		
ได้ตรวจสอบแล้ววันนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันการใช้วันแรกจริง (เฉพาะกรณี 24 ชั่วโมงแรก ไม่ต้องรออนุมัติ)		
แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง) เลขใบประกอบฯ ว. วันที่.....		
ส่วนที่ 3 : ความเห็นของอาจารย์แพทย์ (อาจารย์แพทย์ประเมินส่วนนี้ภายใน 96 ชั่วโมง 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