



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"/> 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>Ampicillin + Sulbactam Inj. 3 gm/vial (ED(ค) 196 บาท/vial)</b> <b>Cefoperazone + Sulbactam Inj. 1 gm/vial (ED(ง) 30 บาท/vial)</b> ** ใช้ร่วมกันในกรณี MDR <i>A.baumannii</i> เท่านั้น		
<b>ข้อบ่งใช้</b>		
<input type="checkbox"/> Severe infection : และสงสัย Gram negative nosocomial ที่ติดต่อ 3 <sup>rd</sup> Gen Cephalosporins และ aminoglycosides และสงสัยเชื้อ MDR <i>A.baumannii</i>		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....		
<b>ขนาดยาที่ใช้ในการรักษา</b>		
ผู้ใหญ่ <input type="checkbox"/> Usual dose : Ampicillin + Sulbactam : 1.5 – 3 g IV q 6 hr Cefoperazone + Sulbactam : 1.5 – 3 g IV q 12 hr		
การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ไตบกพร่อง <input type="checkbox"/> CrCl 15-29 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> : every 12 hours <input type="checkbox"/> CrCl 5-14 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> : every 24 hour		
<b>ได้ตรวจสอบแล้ววันนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันการใช้วันแรกจริง (เฉพาะกรณี 24 ชั่วโมงแรก ไม่ต้องรออนุมัติ)</b>		
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 .....