

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Ceftazidime/Avibactam  
เงื่อนไข การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae  
ที่ไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก : อนุมัติไม่เกิน 7 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา <input type="radio"/> สปสช.		<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ....../...../ 25.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่ได้ทำ chronic dialysis อยู่เดิม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> ทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> เลือด <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		
4. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ CRE ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 4.1 ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากตำแหน่งปราศจากเชื้อ (sterile site) ระบุ สิ่งส่งตรวจ <input type="checkbox"/> blood culture <input type="checkbox"/> CSF culture <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 4.2 ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งที่ไม่ปราศจากเชื้อ (non-sterile site) ร่วมกับอาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อที่ตำแหน่งดังกล่าว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. เชื้อ CRE ที่ตรวจพบมีหลักฐานว่าไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam ตามเกณฑ์ของ Clinical and laboratory standards institute (พร้อมแนบเอกสารใบรายงานผล)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ผู้ป่วยใช้ยา Colistin ในขนาดมาตรฐานแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 6.1 มีอาการหรือประวัติแพ้ยา Colistin อย่างรุนแรง <input type="checkbox"/> 6.2 มีความเสี่ยงที่จะเกิดพิษต่อไต ตามแนวทางกำกับการใช้ยา <input type="checkbox"/> ก่อนเริ่มใช้ยา Colistin ค่า Creatinine clearance ..... ml/min หรือ eGFR ..... ml/min/1.73m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> หลังใช้ยา Colistin ค่า Creatinine clearance ..... ml/min หรือ eGFR ..... ml/min/1.73m <sup>2</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยาเริ่มต้น..... มก.ต่อวัน หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา  
ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Ceftazidime/Avibactam  
เงื่อนไข การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae  
ที่ไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่องครั้งที่ 2, 3, 4 : อนุมัติยา 7 วันและกรณีหยุดการใช้ยา ให้กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. อาการทางคลินิกดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ตามเป้าหมาย ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก วันที่ ...../...../ 25.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Ceftazidime/Avibactam อย่างรุนแรง (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> แพ้ยา <input type="checkbox"/> อาการทางระบบทางเดินอาหาร โปรดระบุ ..... <input type="checkbox"/> อาการทางระบบประสาท โปรดระบุ ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
หมายเหตุ เป็นข้อมูลประกอบการอนุมัติใช้ยา ไม่ใช่เกณฑ์การหยุดยา		
3. สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ ..... มก.ต่อวัน		
5. การขอใช้ยาในครั้งนี้เป็นการใช้ยาในการรักษาเกิน 14 วัน ถ้า “ใช่” โปรดระบุเหตุผล..... ระยะเวลาที่ขอใช้ยา ..... วัน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....