

ร่างแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid tablet

ข้อบ่งใช้ โรคติดเชื้อ methicillin resistant *S. aureus* (MRSA)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาแห่งชาติ)

		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ชื่อ-สกุล.....	2. HN.....		
	4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	3. AN.....		
	5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	
	8. 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"/> <input type="checkbox"/>	9. รหัสโรงพยาบาล.....		
	10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. Authorization number.....		
	12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง(เฉพาะผู้ป่วยเด็ก) ความสัมพันธ์.....			

		ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก		วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....	
		ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุวัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยติดเชื้อ MRSA ด้วยเกณฑ์อย่างน้อยหนึ่งข้อต่อไปนี้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อ MRSA โดยมีผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA จากสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อหรือเพาะเชื้อจากเลือดขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการรักษานานกว่า 14 วัน		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA จากสิ่งส่งตรวจคือ.....			
ตำแหน่งที่ติดเชื้อคือ.....			
เป้าหมายในการรักษานานกี่สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 8 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 12 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
2.2 ใช้ยา fusidic +rifampicin รักษาแล้ว เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วไม่ได้ผล		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
เริ่มใช้ยา fusidic rifampicin เมื่อวันที่/เดือน/ปี...../...../.....ถึงวันที่/เดือน/ปี...../...../.....			
2.2.1 อาการทางคลินิกไม่ดีขึ้น		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.2 ผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA หลังรักษาด้วย fusidic + rifampicin > 14 วัน วัน/เดือน/ปี.....			
(แบบผลเพาะเชื้อประกอบ)			
2.3 มีผลข้างเคียงจาก vancomycin ที่ไม่สามารถให้ยาต่อได้และไม่มียาอื่นทดแทนได้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
หมายเหตุ มีผลข้างเคียงจาก vancomycin ตามเกณฑ์อย่างน้อยหนึ่งข้อดังต่อไปนี้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.1 serum creatinine สูงขึ้น โปรครระบุผลการตรวจ serum creatinine			
ก่อนให้ยา vancomycin วันที่...../...../..... Cr =มิลลิกรัม/เดซิลิตร			
หลังให้ยา vancomycin วันที่...../...../..... Cr =มิลลิกรัม/เดซิลิตร			
2.3.2 เกิด neutropenia จากการให้ยา vancomycin ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้			
- มีค่า absolute neutrophil count (ANC) < 500 cell/microL		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โดยค่า ANC =..... cells/microL			

- หรือ มีค่า ANC < 1,00 cell/microL และคาดว่าจะลดลงเหลือ < 500 cell/microL ภายใน 48 ชั่วโมง โดยค่า ANC =..... cells/microL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.3 มีอาการแสดงของความเป็นพิษต่อหู (Ototoxicity) ได้แก่ การสูญเสียการได้ยินและการทรงตัว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 เชื้อดื้อยา vancomycin และไม่มียาอื่นรักษาได้ (กรุณาสำเนาผลเพาะเชื้อประกอบเพื่อตรวจสอบภายหลัง)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ขนาดยา linezolid tablet ที่ใช้มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาปกติที่ใช้ในผู้ใหญ่ 600 มก.วันละ 2 ครั้ง) ขนาดยาที่แนะนำในเด็กคือ 10 มก./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก 8 ชั่วโมงในเด็กอายุตั้งแต่ 7 วันถึงน้อยกว่า 12 ปี และอายุ ตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปให้ขนาดเท่าผู้ใหญ่ คือ 600มก.วันละ 2 ครั้ง ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ขนาด 600มก./เม็ด จำนวนเม็ด/วัน สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช้อย่างน้อย 1 ข้อ และ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หมายเหตุ: อนุมัติให้เบิกใช้ยาได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์	ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สองเป็นต้นไป	วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../..... การใช้ยาค้างนี้เป็นครั้งที่.....		
			ใช่	ไม่ใช่
	1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ linezolid tablet ต่อ ไป ตามเกณฑ์ทุกข้อ ดังต่อไปนี้			
	2.1 ระยะเวลาในการรักษายังไม่ครบสมบูรณ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ในข้อ ก.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.2 ผลเพาะเชื้อไม่มียารักษาที่ให้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่าแต่ราคาถูกกว่าให้ใช้ทดแทน		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.3 ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาด้วย linezolid tablet		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.4 ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาไม่เต็มที่ โดยยังมีอาการแสดงทางคลินิกและมี รอยโรคในภาพรังสี		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3. ขนาดยา linezolid tablet ที่ใช้มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาปกติที่ใช้ในผู้ใหญ่ 600 มก.วันละ 2 ครั้ง) ขนาดยาที่แนะนำในเด็กคือ 10 มก./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก 8 ชั่วโมงในเด็กอายุตั้งแต่ 7 วันถึงน้อยกว่า 12 ปี และอายุ ตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปให้ขนาดเท่าผู้ใหญ่ คือ 600มก.วันละ 2 ครั้ง ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ขนาด 600มก./เม็ด จำนวนเม็ด/วัน			
	สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ทุกข้อ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หมายเหตุ: อนุมัติให้เบิกใช้ยาได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน			

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

