

(ร่าง) แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid ชนิดกิน  
 เงื่อนไข โรคติดเชื้อ methicillin resistant *S. aureus* (MRSA)  
 และ Vancomycin-resistant Enterococci (VRE)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่ 2, 3, 4 : อนุมัติยา 28 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"/> <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"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ	...../...../ 25.....	ใช่	ไม่ใช่
<b>กรณีติดเชื้อ MRSA ตอบข้อ 1 และกรณีติดเชื้อ VRE ตอบข้อ 2</b>					
1.	<b>กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ MRSA</b> การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ MRSA (ภาครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้) <input type="checkbox"/> pneumonia <input type="checkbox"/> bacteremia <input type="checkbox"/> surgical site infection <input type="checkbox"/> prosthetic device infection คือ ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<b>กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ VRE</b> การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ VRE (ภาครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้) <input type="checkbox"/> bacteremia <input type="checkbox"/> urinary tract infection <input type="checkbox"/> catheter-related infection <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<b>การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์</b>				
3.1	ผลการเพาะเชื้อซ้ำ <input type="checkbox"/> ไม่มีการเพาะเชื้อ <input type="checkbox"/> มีการเพาะเชื้อ กรณีที่มีการเพาะเชื้อซ้ำ				วันที่ ...../...../.....
	<input type="checkbox"/> Hemoculture	วันที่	...../...../.....	ผล	.....
	<input type="checkbox"/> Specimen .....	วันที่	...../...../.....	ผล	.....

3.2 แพทย์ประเมินผลการรักษา

ตอบสนองต่อการรักษาแบบสมบูรณ์ สามารถหยุดยาได้ วันที่ ...../...../.....

ตอบสนองต่อการรักษา โดยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง

ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาครั้งสุดท้าย วันที่ ...../...../.....

3.3 อาการไม่พึงประสงค์จากยา Linezolid หรือมึนเมา

ผื่นแพ้ยา  ชาปลายประสาท  ชีต  เกล็ดเลือดต่ำ  อื่นๆ .....

ระดับความรุนแรง .....

4. ขนาดยาที่สั่งจ่าย ..... มก.ต่อวัน

ระยะเวลาที่สั่งจ่ายยา ...../...../..... ถึง ...../...../..... (ครั้งละไม่เกิน 28 วัน)

- หมายเหตุ:
- กรณีเปลี่ยนจาก Vancomycin เป็น Linezolid ให้นำวันรักษาต่อจากเดิม เช่น เป้าหมายการรักษา 14 วัน ใช้ Vancomycin มาแล้ว 7 วัน เมื่อเปลี่ยนเป็น Linezolid ก็จะนับเป็นวันที่ 8-14
  - กรณีเปลี่ยนไปใช้ Linezolid เพื่อรักษาเชื้อดื้อยาหรือเมื่อการรักษาด้วยยาอื่นไม่ได้ผล ให้เริ่มนับวันรักษาใหม่ เช่น เป้าหมายการรักษา 12 สัปดาห์ ใช้อยู่ว่า Fusidic acid + Rifampicin มาแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าดื้อยา จึงเปลี่ยนมาใช้ Linezolid การให้ Linezolid ต้องเริ่มนับเป็น วันที่ 1 และให้ยาต่อเนื่องไปจนครบ 12 สัปดาห์

แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)