

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

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก : อนุมัติไม่เกิน 14 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"/> <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 กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

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

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|--|--|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>กรณีติดเชื้อ MRSA ตอบข้อ 2 และกรณีติดเชื้อ VRE ตอบข้อ 3</u> | | |
| 2. <u>กรณีใช้ยาเจือ้นไขโรคติดเชื้อ MRSA</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> กรณีผู้ป่วยนอก | | |
| <input type="checkbox"/> กรณีผู้ป่วยใน | | |
| 2.1 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"/> อื่นๆ | |
| 2.2 ผลเพาะเชื้อขึ้นจาก | | |
| <input type="checkbox"/> hemoculture | วันที่ /..... /..... | |
| <input type="checkbox"/> สิ่งส่งตรวจ คือ | วันที่ /..... /..... | |
| 2.3 ดื้อต่อยา | | |
| <input type="checkbox"/> vancomycin | <input type="checkbox"/> fusidic acid | <input type="checkbox"/> fosfomycin |
| <input type="checkbox"/> co-trimoxazole | <input type="checkbox"/> อื่นๆ | |
| 2.4 ผู้ป่วยเคยได้รับยาปฏิชีวนะ เรียงตามลำดับ | | |
| ขนานที่ 2 ชื่อยา | วันที่ /..... /25..... - /..... /25..... | |
| ขนานที่ 3 ชื่อยา | วันที่ /..... /25..... - /..... /25..... | |
| ขนานที่ 4 ชื่อยา | วันที่ /..... /25..... - /..... /25..... | |

- 2.5 กรณีที่ไม่สามารถใช้ Vancomycin และ Fusidic acid ได้ เนื่องจาก
- 2.5.1 เชื้อดื้อยา Vancomycin เชื้อดื้อยา Fusidic acid
- 2.5.2 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา vancomycin และ/หรือยาอื่นแล้วอย่างน้อย 3 วัน โดยอาการทางคลินิกไม่ดีขึ้น
- 2.5.3 ต้องการการรักษามากกว่า 14 วัน ด้วยยากินได้ แต่เชื้อดื้อยา Fusidic acid หรือได้ยา Fusidic acid + Rifampicin แล้วอาการไม่ดีขึ้นและผลเพาะเชื้อยังขึ้น MRSA อยู่
- 2.5.4 มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Vancomycin ดังต่อไปนี้
- ระดับ serum creatinine ก่อนได้รับยา = mg/dl วันที่/...../25....
 หลังได้รับยา = mg/dl วันที่/...../25....
- absolute neutrophil count/mm³ วันที่/...../25....
- ผู้ป่วยมีผื่นทั่วตัว ร่วมกับ มีตุ่มน้ำพอง หรือ แผลบริเวณเยื่อเมือก (ภาพถ่าย*) วันที่/...../25....
- ผู้ป่วยมี Steven-Johnson syndrome หรือ toxic epidermal necrolysis (ภาพถ่าย*) วันที่/...../25....
- อื่น ๆ ระบุอาการและความรุนแรง วันที่/...../25....
- * ภาพถ่ายบันทึกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประกอบการตรวจสอบ (ถ้ามี)
- 2.5.5 มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Fusidic acid ระบุอาการและความรุนแรง

3. กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ VRE

- 3.1 การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ VRE (ภาครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้)
- bacteremia urinary tract infection catheter-related infection
- อื่นๆ
- 3.2 ผลเพาะเชื้อขึ้นจาก
- hemoculture วันที่/...../.....
- สิ่งส่งตรวจ คือ วันที่/...../.....
- 3.3 ดื้อต่อยา vancomycin (แนบผลการเพาะเชื้อในเวชระเบียนเพื่อประกอบการตรวจสอบ)

4. รายละเอียดการเบิกจ่ายยา

ขนาดยาที่สั่งจ่าย มก. ต่อวัน

ระยะเวลาที่สั่งจ่ายยา/...../..... ถึง/...../..... (ครั้งละไม่เกิน 14 วัน)

แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ อนุมัติ ไม่อนุมัติ

(.....) ลงชื่อ

ว (.....)