

ร่างแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid tablet

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

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-สกุล.....	2. HN.....
4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	3. AN.....
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
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 (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย 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...../...../.....ถึงวันที่...../...../.....	
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.....	
(แนบผลเพาะเชื้อประกอบ)	
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 โปรดระบุผลการตรวจ 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 ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาปกติที่ใช้ในผู้ใหญ่ 600 มก. วันละ 2 ครั้ง) ขนาดยาที่แนะนำในเด็กคือ 10 มก./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก 8 ชั่วโมงในเด็กอายุตั้งแต่ 7 วันถึงน้อยกว่า 12 ปี และอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปให้ขนาดเท่าผู้ใหญ่ คือ 600 มก. วันละ 2 ครั้ง ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ขนาด 600 มก./เม็ด จำนวน เม็ด/วัน สำหรับผู้ดูแล 1. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช้อย่างน้อย 1 ข้อ และ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หมายเหตุ: อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน		

		ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบอนุมัติและข้อมูลการจ่ายยา (ต่อ)	
ก. กรณีขออนุมัติการจ่ายยาดังแต่ครั้งที่สองเป็นต้นไป		วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../..... การจ่ายครั้งนี้เป็นครั้งที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่
แพทย์	1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการจ่ายยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ linezolid tablet ต่อไป ตามเกณฑ์ทุกข้อ ดังต่อไปนี้		
	2.1 ระยะเวลาในการรักษายังไม่ครบสมบูรณ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ในข้อ ก.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.2 ผลเพาะเชื้อไม่มียาอื่นที่ให้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่าแต่ราคาถูกกว่าให้ใช้ทดแทน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.3 ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาด้วย linezolid tablet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.4 ผู้ป่วยยังตอบสนองต่อการรักษาไม่เต็มที่ โดยยังมีอาการแสดงทางคลินิกและมีรอยโรคในภาพรังสี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3. ขนาดยา linezolid tablet ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาปกติที่ใช้ในผู้ใหญ่ 600 มก. วันละ 2 ครั้ง) ขนาดยาที่แนะนำในเด็กคือ 10 มก./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก 8 ชั่วโมงในเด็กอายุตั้งแต่ 7 วันถึงน้อยกว่า 12 ปี และอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปให้ขนาดเท่าผู้ใหญ่ คือ 600 มก. วันละ 2 ครั้ง ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ขนาด 600 มก./เม็ด จำนวน เม็ด/วัน		
	สำหรับผู้ดูแล 1. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช้ทุกข้อ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หมายเหตุ: อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน		

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งจ่าย

(.....)

.....เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....