

<b>ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย</b>	
ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง      อายุ .....ปี หอผู้ป่วย.....	HN ..... AN ..... สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....
<b>ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน <input type="checkbox"/> และเติมข้อความ</b>	
ยาต้านจุลชีพที่ต้องการใช้	ข้อบ่งใช้ของยา
<input type="checkbox"/> Meropenem (ง.) <input type="checkbox"/> Imipenem-Cilastatin (ง.)  ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR .....  วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ..... ปี .....	<input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) ที่อาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Cephalosporins, Aminoglycosides, Beta-lactam Beta-lactamase inhibitors และ Fluoroquinolone <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อรุนแรงที่เกิดในโรงพยาบาล ( Suspected serious nosocomial infection) <input type="checkbox"/> รักษาผู้ป่วย Febrile neutropenia และสงสัยว่าเกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Cephalosporins, Aminoglycosides, Beta-lactam Beta-lactamase inhibitors และ Fluoroquinolone <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อหรือไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Cephalosporins, Aminoglycosides, Beta-lactam Beta-lactamase inhibitors และ Fluoroquinolone <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียที่สร้างเอนซัย Extended-Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) หรือ ดื้อยา Ceftriaxone โดยให้พิจารณาใช้ยา Ertapenem หรือ Piperacillin-Tazobactam ก่อน <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่ไวต่อยากลุ่มอื่นแต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Ertapenem (ง.) ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR ..... วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ..... ปี .....	<input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียที่สร้างเอนซัย Extended-Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) หรือ ดื้อยา Ceftriaxone <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค <input type="checkbox"/> ไม่ได้เก็บ <input type="checkbox"/> เก็บ คือ <input checked="" type="radio"/> Blood <input checked="" type="radio"/> Sputum <input checked="" type="radio"/> Pus <input checked="" type="radio"/> Urine <input checked="" type="radio"/> อื่นๆ ..... เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> รอผลการตรวจ <input type="checkbox"/> พบ <input checked="" type="radio"/> S. aureus <input checked="" type="radio"/> P. aeruginosa <input checked="" type="radio"/> A. baumannii <input checked="" type="radio"/> ESBL -ve E. coli/ K. pneumoniae <input checked="" type="radio"/> ESBL + ve E. coli/ K. pneumoniae <input checked="" type="radio"/> Other .....	
<b>ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา</b> ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างต้นครั้งแรกกานาน ..... วัน (ไม่เกิน 3 วัน) ลงนาม..... (.....)	<b>ส่วนที่ 4 เกสซ์กร</b> วันที่จ่ายยา ..... ลงนาม..... (.....)
<b>ส่วนที่ 5 ความเห็นของผู้ที่ได้รับมอบหมาย</b> <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อจนครบระยะเวลาการรักษา <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อ ..... วัน จนถึงวันที่ ..... เมื่อครบกำหนด ให้ส่งใบนี้มาเพื่อขอรับการอนุมัติเพื่อใช้ยาต่อ <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อ ..... วัน จนถึงวันที่ ..... ลงนาม ..... <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อ ..... วัน จนถึงวันที่ ..... ลงนาม ..... <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติใช้ยานี้ต่อ <input type="checkbox"/> ควรปรับเปลี่ยนยานี้เป็นยา..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... ลงนาม .....	