

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	
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
ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน <input type="checkbox"/> และเติมข้อความ	
ยาต้านจุลชีพที่ต้องการใช้ <input type="checkbox"/> Doripenem (ยานอกบัญชี) ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ปี	ข้อบ่งใช้ของยา <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) ที่อาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Cephalosporins, Aminoglycosides, Beta-lactam Beta-lactamase inhibitors และ Fluoroquinolone <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"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ผลเพาะเชื้อแสดงว่าไวต่อยา Doripenem <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Tigecycline (ยานอกบัญชี) ขนาดยาที่สั่ง..... วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ปี	<input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยาต้านแบคทีเรียหลายขนาน และไวต่อ Tigecycline <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems, Cephalosporins, Aminoglycosides, Beta-Lactam Beta-Lactamase inhibitors และ Fluoroquinolones ที่ไวต่อยา Tigecycline และมีข้อจำกัดในการใช้ยา Colistin <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Colistin (ง.) ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ปี	<input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems, Cephalosporins, Aminoglycosides, Beta-Lactam Beta-Lactamase inhibitors และ Fluoroquinolones ที่ไวต่อยา Colistin <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่สงสัยติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Carbapenems และอยู่ระหว่างรอผลการตรวจหาเชื้อ <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 type="radio"/> อื่นๆ เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> รอผลการตรวจ <input type="checkbox"/> พบ <input checked="" type="radio"/> <i>S. aureus</i> <input checked="" type="radio"/> <i>P. aeruginosa</i> <input checked="" type="radio"/> <i>A. baumannii</i> <input checked="" type="radio"/> ESBL –ve <i>E. coli</i> / <i>K. pneumoniae</i> <input checked="" type="radio"/> ESBL + ve <i>E. coli</i> / <i>K. pneumoniae</i> <input checked="" type="radio"/> Other	
ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างต้นครั้งแรกรนาน วัน (ไม่เกิน 3 วัน) ลงนาม..... (.....)	ส่วนที่ 4 เภสัชกร วันที่จ่ายยา ลงนาม..... (.....)
ส่วนที่ 5 ความเห็นของผู้ที่ได้รับมอบหมาย <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	