

<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:</b> กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน <input type="checkbox"/> และเติมข้อความ	
<b>ยาด้านจุลชีพที่ต้องการใช้</b>	<b>ข้อบ่งใช้ของยา</b>
<input type="checkbox"/> Levofloxacin (ง.) รูปแบบกินและฉีด  ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR .....  วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ..... ปี .....	<input type="checkbox"/> รักษาปอดอักเสบติดเชื้อในชุมชนที่ไม่สามารถให้ยาที่เป็นยาลำดับแรกๆได้ <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อ Streptococcus pneumonia ชนิดที่ดื้อต่อยา Penicillin และยา Cephalosporins <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อ Mycobacteria ที่ดื้อยาอื่น หรือ ไม่สามารถให้ยาที่เป็นยาลำดับแรกได้ <input type="checkbox"/> ใช้สำหรับการรักษา Acute bacterial rhinosinusitis ที่ใช้รักษาด้วย Amoxicillin ขนาดสูง, Beta-Lactam Beta-Lactamase inhibitors, Cephalosporin หรือ Macrolide ไม่ได้ หรือ ไม่ได้ผล <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ผลเพาะเชื้อแสดงว่าไวต่อยา <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Azithromycin (ง.)  ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR ..... วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ..... ปี .....	<input type="checkbox"/> ใช้สำหรับการติดเชื้อทางเดินหายใจ ในกรณีใช้ยาอื่นไม่ได้ผล <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่เกิดจาก Nontuberculous Mycobacteria <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อ Syphilis ที่ไม่สามารถให้ยา Penicillin, Doxycycline หรือ Ceftriaxone ได้ (2 gm) <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่เกิดจาก Neisseria gonorrhea (2 gm) <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Clarithromycin (ง.)  ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR ..... วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ..... ปี .....	<input type="checkbox"/> ใช้สำหรับการติดเชื้อทางเดินหายใจ ในกรณีใช้ยาอื่นไม่ได้ผล <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่เกิดจาก Nontuberculous Mycobacteria <input type="checkbox"/> ใช้สำหรับรักษา H. pylori หลังจากได้รับการตรวจยืนยันว่ามีเชื้อแล้ว หรือใช้สำหรับ complicated ulcer ที่ไม่ได้เกิดจากการใช้ NSAIDs <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Vancomycin (ง.)  ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR ..... วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ..... ปี ..... แนะนำให้ตรวจระดับยา Vancomycin ด้วย	<input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อ Methicillin-Resistant S. aureus (MRSA) <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่เกิดจาก Enterococcus spp. ที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม Penicillin และไวต่อ Vancomycin <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกที่ไวต่อยากลุ่มอื่น แต่ไม่สามารถให้ยานั้นได้ เพราะ (เช่นแพ้ยา) ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
การเก็บส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค <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"/> 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 type="radio"/> ESBL + ve E. coli/ K. pneumoniae <input type="radio"/> Other .....	
<b>ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา</b> ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างต้นครั้งแรกนาน ..... วัน (ไม่เกิน 3 วัน) ลงนาม..... (.....)	<b>ส่วนที่ 4 เกสัชกร</b> วันที่จ่ายยา ..... ลงนาม..... (.....)
<b>ส่วนที่ 5 ความเห็นของผู้ที่ได้รับมอบหมาย</b> <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้นานี้ต่อจนครบระยะเวลารักษา <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้นานี้ต่อ ..... วัน จนถึงวันที่ ..... เมื่อครบกำหนด ให้ส่งใบนี้มาเพื่อขอรับการอนุมัติเพื่อใช้ยาต่อ <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้นานี้ต่อ ..... วัน จนถึงวันที่ ..... ลงนาม ..... <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้นานี้ต่อ ..... วัน จนถึงวันที่ ..... ลงนาม ..... <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติใช้นานี้ต่อ <input type="checkbox"/> ควรปรับเปลี่ยนยานี้เป็นยา..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... ลงนาม .....	