

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

แบบประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา

Sodium hyaluronate injection ประเมินทุกครั้งที่สั่งใช้ยา (สั่งเป็นคอร์ส)

โดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์โรคข้อ เวชศาสตร์ฟื้นฟู และออร์โธปิดิกส์

พิจารณาเห็นว่า ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....AN.....อายุ.....ปี สิทธิการรักษา.....เลขประจำตัวประชาชน..... มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประเภท () ผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่..... () ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....
ข้อห้ามใช้ 1. มีการติดเชื้อในข้อหรือบริเวณรอบข้อ 2. มีประวัติแพ้โปรตีนจากสัตว์ปีก 3. ข้อเข้าเสื่อมรุนแรง (grade 4)
ควรได้ใช้ยา Sodium Hyaluronate เนื่องจาก (ต้องเข้าเกณฑ์ทุกข้อ) () ผู้ป่วยต้องมีอายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไป () เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข้าเสื่อมแบบปฐมภูมิเท่านั้น ทั้งนี้ไม่รวมภาวะหรือโรคข้อเข้าเสื่อมจากการบาดเจ็บและโรคอื่นๆ รวมทั้งโรคติดเชื้อและความพิการแต่กำเนิด () ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพข้อเข้าเสื่อมในระยะปานกลาง กระดูกอ่อนของข้อถูกทำลายบางส่วน แต่ยังไม่หมด โดยพิจารณาจากผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมที่มีผล X-ray ตั้งแต่ Kellgren and Lawrence grade 1-3 เท่านั้น เว้นแต่ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการผ่าตัด และไม่ใช้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของข้อเข้ารุนแรง (severe deformity) () ผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยม (การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคข้อเสื่อม การลดความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหรือพยาธิสภาพมากขึ้น การบริหารร่างกาย การควบคุมน้ำหนัก และการใช้เครื่องรัดพยุง รวมทั้งอาจใช้เครื่องช่วยเดิน) อย่างเต็มที่ตามแนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน แต่อาการปวดไม่บรรเทา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านอักเสบ
รายละเอียดการสั่งจ่ายยา Sodium Hyaluronate ใช้เป็นคอร์สรวม.....5.....เข็ม - โดยฉีดครั้งละ.....1.....เข็ม - แต่ละเข็มห่างกัน.....1.....สัปดาห์

.....
(.....)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ใบประกอบวิชาชีพเลขที่.....

สาขาอายุรแพทย์โรคข้อ/เวชศาสตร์ฟื้นฟู/ออร์โธปิดิกส์

การส่งเอกสาร

- ส่งที่ห้องยานอกหรือใน (ตามเคสผู้ป่วย)
- เมื่อแพทย์ประเมินแล้ว ห้องยาทำ pop-up note ระบุการประเมิน DUE พร้อมระบุช่วงเวลาในคอร์สนั้นๆ