

ส่วนที่ 1 เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย		
ชื่อ-นามสกุล	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	หอผู้ป่วย
HN	อายุ ปี	
ส่วนที่ 2 แพทย์: กรุณาใส่เครื่องหมาย X หรือ ✓ ลงใน <input type="checkbox"/> และเติมข้อความใน		
การเก็บส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค <input type="checkbox"/> ไม่ได้เก็บ <input type="checkbox"/> เก็บ คือ <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Other		
เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ คือ <input type="checkbox"/> P.aeruginosa <input type="checkbox"/> A.baumannii <input type="checkbox"/> Ceftriaxone-resistant E.coli or K.pneumoniae		
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone-susceptible E.coli or K.pneumoniae <input type="checkbox"/> Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) <input type="checkbox"/> Ampicillin resistant Enterococci		
<input type="checkbox"/> Methicillin resistant S.aureus/coagulase-negative Staphylococci <input type="checkbox"/> Other.....		
ตำแหน่งติดเชื้อ <input type="checkbox"/> Bloodstream <input type="checkbox"/> Lower respiratory tract <input type="checkbox"/> Urinary tract <input type="checkbox"/> GI tract <input type="checkbox"/> Skin and soft tissue <input type="checkbox"/> Other.....		
<input type="checkbox"/> Colistin		
ยาจำกัดรายชื่อแพทย์ สั่งได้เฉพาะแพทย์ที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น สามารถสั่งใช้ชั่วคราวได้ช่วงนอกเวลาราชการ		
ขนาดยาที่ใช้ต่อวัน..... (แนะนำ loading dose 300 mg IV)		
โดยข้อบ่งใช้ คือ		
<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อแกรมลบที่ดื้อต่อ Carbapenems, Cephalosporins, Aminoglycosides, β -lactamase inh. และ Fluoroquinolones		
<input type="checkbox"/> สงสัยว่ามีการติดเชื้อแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Carbapenems และอยู่ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Meropenem</p> <p>ขนาดยาที่ใช้ต่อวัน</p> <p>(แนะนำ loading dose 2 g IV) โดยข้อบ่งใช้ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> Empiric therapy: การติดเชื้อใน รพ. ที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> Empiric therapy: febrile neutropeniaที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ดื้อต่อ Cephalosporin, Aminoglycoside, Fluoroquinolone, Beta-Lactam/Beta-Lactamase Inhibitor</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียชนิด ESBL+ve หรือเชื้อแกรมลบที่ดื้อยา Cephalosporins รุ่นที่ 3 (Ceftriaxone/Cefotaxime/Ceftazidime) และไวยาในกลุ่ม Carbapenems</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ไวต่อยากลุ่มอื่นๆ แต่ไม่สามารถใช้ยาอื่นได้ เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Piperacillin/Tazobactam (Tazocin®)</p> <p>ขนาดยาที่ใช้ต่อวัน</p> <p>โดยข้อบ่งใช้ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> Empiric therapy: การติดเชื้อที่อาจเกิดจาก P.aeruginosa ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> Empiric therapy: febrile neutropenia</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ดื้อต่อ Cephalosporin, Aminoglycoside, Fluoroquinolone</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่ไวต่อยากลุ่มอื่นๆ แต่ไม่สามารถใช้ยาอื่นได้ เพราะ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p>	
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ertapenem</p> <p>ขนาดยาที่ใช้ต่อวัน</p> <p>โดยข้อบ่งใช้ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อยา Cephalosporins รุ่นที่ 3 (Ceftriaxone/Cefotaxime/Ceftazidime) และไวยาในกลุ่ม Carbapenems โดยมีผลการเพาะเชื้อยืนยันจากตำแหน่ง..... ในวันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Vancomycin</p> <p>ขนาดยาที่ใช้ต่อวัน</p> <p>(แนะนำ loading dose 25-30 mg/kg IV) โดยข้อบ่งใช้ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อจากแบคทีเรีย Methicillin resistant S. aureus (MRSA) หรือ Methicillin resistant coagulase-negative Staphylococci</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อจากแบคทีเรีย Enterococci ที่ดื้อต่อยา ampicillin</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p>	
ได้ตรวจสอบแล้ววันนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันการใช้วันแรกจริง		
ลงชื่อผู้ขอใช้ยา.....		
(.....)		
เลขใบประกอบฯ ว.วัน/เดือน/ปี.....		
เภสัชกร พิจารณาเบื้องต้นพบว่า <input type="checkbox"/> เข้าเกณฑ์ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าเกณฑ์		
คณะกรรมการยาฯ ประเมินแล้วเห็นควร		
<input type="checkbox"/> อนุมัติ วัน <input type="checkbox"/> อนุมัติชั่วคราว วัน		
<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ (หากจำเป็นต้องใช้ยา ส่งปรึกษาแพทย์โรคติดเชื้อ)		
ลงชื่อผู้ประเมิน.....		
(พญ.ดารัตน์ เรืองเกรียงสิน) ว.36922		
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน		
<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ <input type="checkbox"/> เชื้อดื้อยา/ไม่ดื้อยา ควรเปลี่ยนยาเป็น..... <input type="checkbox"/> ควร เพิ่ม/ลด ขนาดยาเป็น..... <input type="checkbox"/> ควร Adequate drainage/Debridement..... <input type="checkbox"/> ควรหาสาเหตุอื่นของไข้ เช่น..... <input type="checkbox"/> อาจให้ยา IV เป็น OPD case ได้ (OPAT)..... <input type="checkbox"/> อาจเปลี่ยนยาเป็น Oral ได้ เช่น..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ		