

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid

ข้อบ่งใช้ โรคติดเชื้อ Methicillin resistant *S. aureus* (MRSA)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล.....	2. HN..... 3. AN.....
4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. รหัสโรงพยาบาล.....
9. ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	10. Authorization number.....
12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....(เฉพาะผู้ป่วยเด็ก)	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
วันเดือนปี ที่ใช้ยา/...../.....	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ).....	
2. ผู้ป่วยติดเชื้อ MRSA ด้วยเกณฑ์อย่างน้อยหนึ่งข้อต่อไปนี้	
2.1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อ MRSA โดยมีผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA จากสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ หรือเพาะเชื้อจากเลือดขึ้น MRSA และจำเป็นต้องได้รับการรักษานานกว่า 14 วัน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA จากสิ่งส่งตรวจ.....	
ตำแหน่งที่ติดเชื้อ คือ.....	
เป้าหมายในการรักษานาน <input type="checkbox"/> 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 8 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 12 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....	
2.2 ใช้ยา fusidic + rifampicin รักษาแล้ว เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วไม่ได้ผล	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
เริ่มใช้ยา fusidic + rifampicin เมื่อวันเดือนปี/...../..... ถึง...../...../.....	
2.2.1 อาการทางคลินิกไม่ดีขึ้น	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.2.2 ผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA	
ผลเพาะเชื้อขึ้น MRSA หลังรักษาด้วยยา fusidic + rifampicin > 14 วัน/...../.....	
2.3 มีผลข้างเคียงจากยา vancomycin ที่ไม่สามารถให้ยาต่อได้ และไม่มียาอื่นทดแทนได้	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
หมายเหตุ มีผลข้างเคียงจากยา vancomycin ตามเกณฑ์อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้	
2.3.1 serum creatinine สูงขึ้น	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ก่อนให้ยา vancomycin วันที่/...../..... =.....mg/dL	
หลังให้ยา vancomycin วันที่/...../..... =.....mg/dL	
2.3.2 เกิด neutropenia จากการให้ยา vancomycin ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	
- มีค่า absolute neutrophil count (ANC) < 500 cells/ μ L ((ระบุ)..... cells/ μ L)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
- หรือมีค่า ANC < 1,000 cells/ μ L และคาดว่าจะลดลงเหลือ < 500 cells/ μ L ภายใน 48 ชั่วโมง ((ระบุ)..... cells/ μ L)	
2.3.3 มีอาการแสดงของความเป็นพิษต่อหู ได้แก่ การสูญเสียการได้ยิน และการทรงตัว	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.4 เชื้อดื้อยา vancomycin และไม่มียาอื่นที่รักษาได้ (แบบผล)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

3. ขนาดยา linezolid tablet ที่ใช้.....mg/วัน (ขนาดยาในผู้ใหญ่ 600 mg วันละ 2 ครั้ง ในเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปีขนาด 10 mg/kg ทุก 8 ชั่วโมง)

คิดเป็น.....เม็ด/วัน

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ไม่ใช่, 2. ใช่ และ 3 ระบุขนาดยาที่ใช้เป็นไปตามเกณฑ์

หมายเหตุ อนุมัติให้เบิกยาใช้ครั้งแรก 14 วัน โดยระบบอนุมัติให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนการขออนุมัติไม่เกิน 7 วัน รวมเป็น 21 วัน

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid

ข้อบ่งใช้ โรคติดเชื้อ methicillin resistant *S. aureus* (MRSA)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง (ทุก 4 สัปดาห์)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล.....	2. HN..... 3. AN.....
4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)	
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุปี.....เดือน
8. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. รหัสโรงพยาบาล.....
9. ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	10. Authorization number.....
12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง(เฉพาะผู้ป่วยเด็ก)	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา วันเดือนปี ที่ใช้ยา/...../.....	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ).....	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ยา linezolid ต่อไปตามเกณฑ์ทุกข้อต่อไปนี้	
2.1 ระยะเวลาในการรักษายังไม่ครบสมบูรณ์ตามที่ตั้งเป้าหมายในการขออนุมัติใช้ครั้งแรก	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.2 ผลเพาะเชื้อไม่มียาอื่นที่ให้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่าแต่ราคาถูกกว่าใช้ทดแทน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.3 ผู้ป่วยยังคงตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยา linezolid	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.4 ผู้ป่วยยังตอบสนองต่อการรักษาไม่เต็มที่ โดยยังมีอาการแสดงทางคลินิก และมีรอยโรค ในภาพรังสี	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. ขนาดยา linezolid tablet ที่ใช้.....mg/วัน (ขนาดยาในผู้ใหญ่ 600 mg วันละ 2 ครั้ง ในเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปีขนาด 10 mg/kg ทุก 8 ชั่วโมง) คิดเป็น.....เม็ด/วัน	
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่, 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 3 ระบุขนาดยาที่ใช้เป็นไปตามเกณฑ์	

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว