

แบบฟอร์มการกำกับการใช้ยา Linezolid ชนิดกิน
ข้อบ่งใช้โรคติดเชื้อ Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)
และ Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เป็นสถานพยาบาลระดับ ☐ ตติยภูมิ ☒ Excellent center

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขา ☐ อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ☐ อายุรศาสตร์โรค

ระบบการหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบการหายใจ ☐ กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ ☐ กุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ

☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

ข้อมูลผู้ป่วย

BARCODE

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด ____ / ____ / ____ อายุ ____ ปี ____ เดือน

เลขประจำตัวประชาชน

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง _____ (เฉพาะผู้ป่วยเด็ก) ความสัมพันธ์ _____

ก. ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา ____ / ____ / ____

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2) เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ MRSA ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.1) มีผลเพาะเชื้อขึ้นเชื้อ MRSA จาก ☐ Hemoculture Date _____ หรือ

☐ ตำแหน่งที่ติดเชื้อ _____ Date _____

ร่วมกับ

2.2) กรณีเป็นผู้ป่วยนอก ต้องมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

☐ เชื้อ MRSA ติดต่อยา Vancomycin และ Fusidic acid

☐ มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Vancomycin และ Fusidic acid ความรุนแรงระดับ 3 (grade 3) ขึ้นไป

ซึ่งมีอาการ ดังนี้ _____

และไม่มียาอื่นนอกจาก Linezolid ทดแทนได้

☐ เป็นโรคหรือกลุ่มโรคที่มีระยะเวลาในการรักษาเกิน 14 วัน และ

☐ ไม่สามารถให้ยาเกิน Fusidic acid ร่วมกับ Rifampicin ได้ หรือ

☐ ผลการรักษาล้มเหลวหลังการใช้ยา Fusidic acid ร่วมกับ Rifampicin มาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์

2.3) กรณีเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

☐ ไม่ต้องสนองต่อการรักษาด้วยยา Vancomycin และ/หรือ ยาอื่น โดยได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 3 วัน

☐ มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Vancomycin ความรุนแรงระดับ 3 (grade 3) ขึ้นไป

ซึ่งมีอาการ ดังนี้ _____

และไม่มียาอื่นนอกจาก Linezolid ทดแทนได้

- 3) เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ VRE ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 3.1) มีผลเพาะเชื้อขึ้นเชื้อ VRE จาก ☐ Hemoculture Date _____ หรือ
☐ ตำแหน่งที่ติดเชื้อ _____ Date _____

- 4) ขนาดยา Linezolid ชนิดกิน ที่ใช้ _____ มิลลิกรัม/วัน เป็นระยะเวลา _____ วัน จำนวนเม็ดยาทั้งสิ้น _____ เม็ด
 (ขนาดยาที่แนะนำคือ Linezolid 600 mg วันละ 2 ครั้ง (600 mg/tab) และไม่ต้องปรับตาม CrCL)

ข. ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา ____ / ____ / ____

การใช้ยาครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการให้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 2) ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ Linezolid ต่อไป ตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 2.1 ระยะเวลาในการรักษายังไม่ครบสมบูรณ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ในข้อ ก. ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 2.2 ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาด้วย Linezolid ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 2.3 อาการทางคลินิกยังไม่หายไปและรอยโรคยังเหลืออยู่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 3) ขนาดยา Linezolid ชนิดกิน ที่ใช้ _____ มิลลิกรัม/วัน เป็นระยะเวลา _____ วัน จำนวนเม็ดยาทั้งสิ้น _____ เม็ด
 (ขนาดยาที่แนะนำคือ Linezolid 600 mg วันละ 2 ครั้ง (600 mg/tab) และไม่ต้องปรับตาม CrCL)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา _____

(_____)

วันที่ ____ / ____ / ____

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ _____

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ ____ / ____ / ____