

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา ceftazidime/avibactam

เงื่อนไข การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacterales ที่ไวต่อยา ceftazidime/avibactam

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก : อนุมัติไม่เกิน 7 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	☐ สปสช.	☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		☐	☐
2. ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)	☐ ปอด ☐ ช่องท้อง ☐ ทางเดินปัสสาวะ ☐ เลือด ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....		
3. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ CRE ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		☐	☐
☐ 3.1 ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากตำแหน่งปราศจากเชื้อ (sterile site)	ระบุ สิ่งส่งตรวจ ☐ blood culture ☐ CSF culture ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....		
☐ 3.2 ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งที่ไม่ปราศจากเชื้อ (non-sterile site)	ร่วมกับอาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อที่ตำแหน่งดังกล่าว ระบุ สิ่งส่งตรวจ		
4. เชื้อ CRE ที่ตรวจพบมีหลักฐานว่าไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam	ตามเกณฑ์ของ Clinical and laboratory standards institute (พร้อมแนบเอกสารใบรายงานผล)	☐	☐
5. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา Colistin ได้ เนื่องจากเหตุผล ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		☐	☐
☐ 5.1 มีความเสี่ยงที่จะเกิดพิษต่อไต ตามแนวทางกำกับการใช้ยา	และไม่ได้ทำ chronic dialysis อยู่เดิม		
	ค่า Creatinine clearance mL/min หรือ eGFR mL/min/1.73m ²		
☐ 5.2 กรณีเชื้อ CRE ที่ตรวจพบดื้อต่อยา Colistin (พร้อมแนบเอกสารใบรายงานผล)			
	☐ MIC ≥ 4 mcg/mL โดยวิธี Broth microdilution เช่น Sensititre automated AST		
	☐ MIC ≥ 4 mcg/mL โดยวิธี E-test		
	☐ Zone size ≤ 14 mm โดยวิธี disk diffusion		
☐ 5.3 มีอาการหรือประวัติแพ้ยา Colistin			
☐ 5.4 กรณีมีผลข้างเคียงรุนแรง จนไม่สามารถใช้ยา Colistin ต่อได้			

6. ขนาดยาเริ่มต้น..... มก.ต่อวัน

หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา ceftazidime/avibactam

เงื่อนไข การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacterales ที่ไวต่อยา ceftazidime/avibactam

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่องครั้งที่ 2, 3, 4 : อนุมัติยา 7 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	
8. สิทธิการรักษา ☐ สปสช.	☐ ประกันสังคม	
☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่นๆ	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
		ใช่	ไม่ใช่
1. อาการทางคลินิกดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ตามเป้าหมาย		☐	☐
ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยารั้งแรก	วันที่/...../.....		
2. แพทย์ประเมินแล้วเห็นว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับยามีมากกว่าความเสี่ยง		☐	☐
3. ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)		☐	☐
4. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ มก.ต่อวัน			
5. การขอใช้ยาในครั้งนี้เป็นการใช้ยาในการรักษาเกิน 14 วัน		☐	☐
ถ้า “ใช่” โปรดระบุเหตุผล.....			
โดยมีแผนการรักษาอยู่ที่ระยะเวลาทั้งหมด วัน (นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก)			
หมายเหตุ			
1). เหตุผลของการใช้ยาในการรักษาเกิน 14 วัน เช่น ฝืนหนองที่ไม่สามารถระบายได้หมด ติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ			
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ตอบสนองต่อการรักษาช้า เป็นต้น			
2). อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม			

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

