

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา linezolid ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
เงื่อนไข โรคติดเชื้อ Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE)

ที่ไม่สามารถใช้ยา linezolid ชนิดรับประทานได้

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก (อนุมัติใช้ยาไม่เกิน 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. ☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ ประกันสังคม ☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ VRE (ภาควิชาที่เกี่ยวข้องที่เข้าได้)	☐	☐
☐ bacteremia ☐ urinary tract infection ☐ catheter-related infection		
☐ อื่น ๆ		
3. ผลเพาะเชื้อขึ้นจาก	☐	☐
☐ hemoculture		
☐ สิ่งส่งตรวจ คือ โปรตีน.....		
4. ดื้อต่อยา vancomycin (แบบผลการเพาะเชื้อในเวชระเบียนเพื่อประกอบการตรวจสอบ)	☐	☐
5. ไม่สามารถใช้ linezolid รูปแบบรับประทานได้ เนื่องจาก	☐	☐
☐ อยู่ในภาวะ sepsis ☐ งดให้อาหารทางปาก		
6. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัมต่อวัน		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... (ครั้งละไม่เกิน 7 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา linezolid ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
 เจือปนเชื้อ ไรโคดิดเชื้อ Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE)

ที่ไม่สามารถใช้ยา linezolid ชนิดรับประทานได้

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่ ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

: อนุมัติยา 7 วันและกรณีหยุดการใช้ยาให้กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

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. สภาวะการรักษา ☐ สบส.	☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ VRE (ภาคร่องหมายทุกช่องที่เข้าได้)	☐	☐
☐ bacteremia ☐ urinary tract infection ☐ catheter-related infection		
☐ อื่น ๆ		
3. ไม่สามารถใช้ linezolid รูปแบบรับประทานได้ เนื่องจาก	☐	☐
☐ อยู่ในภาวะ sepsis ☐ งดให้อาหารทางปาก		
4. การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์		
4.1 ผลการเพาะเชื้อซ้ำ		
☐ ไม่มีการเพาะเชื้อ ☐ มีการเพาะเชื้อ		
วันที่มีการเพาะเชื้อซ้ำ		
☐ hemoculture	วัน/เดือน/ปี...../...../.....	ผล
☐ specimen.....	วัน/เดือน/ปี...../...../.....	ผล
4.2 แพทย์ประเมินผลการรักษา		
☐ ตอบสนองต่อการรักษาแบบสมบูรณ์ สามารถหยุดยาได้		
☐ ตอบสนองต่อการรักษา โดยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง		
☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาครั้งสุดท้าย		
วันที่...../...../.....		
4.3 อาการไม่พึงประสงค์จากยา Linezolid พร้อมระบุความรุนแรง		
☐ ผื่นแพ้ยา ☐ ชาปลายประสาท ☐ ชีต ☐ เกล็ดเลือดต่ำ ☐ อื่น ๆ		

ระบุความรุนแรง.....

5. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัมต่อวัน

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... (ครั้งละไม่เกิน 7 วัน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....