

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา linezolid ชนิดรับประทาน
เงื่อนไข โรคติดเชื้อ Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA),
Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) และ *Mycobacterium abscessus*
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก (อนุมัติใช้ยาไม่เกิน 14 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
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	กรณีติดเชื้อ MRSA ตอบข้อ 2, กรณีติดเชื้อ VRE ตอบข้อ 3 และกรณีติดเชื้อ <i>M. abscessus</i> ตอบข้อ 4	☐	☐
2. กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ MRSA		☐	☐
☐ กรณีผู้ป่วยนอก	☐ กรณีผู้ป่วยใน		
2.1 การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ MRSA (กาเครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้)			
☐ pneumonia	☐ bacteremia	☐ surgical site infection	
☐ prosthetic device infection คือ โปรตระบุ.....	☐ อื่น ๆ		
2.2 ผลเพาะเชื้อขึ้นจาก			
☐ hemoculture	วัน/เดือน/ปี...../...../.....		
☐ สิ่งส่งตรวจ คือ โปรตระบุ.....	วัน/เดือน/ปี...../...../.....		
2.3 ดื้อต่อยา			
☐ vancomycin	☐ fusidic acid	☐ fosfomycin	
☐ co-trimoxazole	☐ อื่น ๆ		
2.4 ผู้ป่วยเคยได้รับยาปฏิชีวนะ เรียงตามลำดับ			
ขนานที่ 2 ชื่อยา	วัน/เดือน/ปี/...../.....-/...../.....		
ขนานที่ 3 ชื่อยา	วัน/เดือน/ปี/...../.....-/...../.....		
ขนานที่ 4 ชื่อยา	วัน/เดือน/ปี/...../.....-/...../.....		
2.5 กรณีที่ไม่สามารถใช้ Vancomycin ได้ เนื่องจาก			
2.5.1 เชื้อดื้อยา Vancomycin		☐	☐
2.5.2 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา vancomycin และ/หรือยาอื่นแล้วอย่างน้อย 3 วัน โดยอาการ		☐	☐

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

[illegible]

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้สมัครที่ติดตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา linezolid ชนิดรับประทาน
เงื่อนไข โรคติดเชื้อ Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA),
Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) และ *Mycobacterium abscessus*
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่ ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

: อนุมัติยา 28 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. สิทธิการรักษา ☐ สปสช.	☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill กรณีติดเชื้อ MRSA ตอบข้อ 2, กรณีติดเชื้อ VRE ตอบข้อ 3 และกรณีติดเชื้อ <i>M. abscessus</i> ตอบข้อ 4	☐	☐
2. กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ MRSA การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ MRSA (กาเครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้) ☐ pneumonia ☐ bacteremia ☐ surgical site infection ☐ prosthetic device infection คือ โปรตระบุ..... ☐ อื่น ๆ	☐	☐
3. กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ VRE การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ VRE (กาเครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้) ☐ bacteremia ☐ urinary tract infection ☐ catheter-related infection ☐ อื่น ๆ	☐	☐
4. เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ <i>M. abscessus</i> ตามเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัย NTM	☐	☐
5. การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์		
5.1 ผลการเพาะเชื้อซ้ำ ☐ ไม่มีการเพาะเชื้อ ☐ มีการเพาะเชื้อ วัน/เดือน/ปี...../...../..... กรณีที่มีการเพาะเชื้อซ้ำ ☐ hemoculture วัน/เดือน/ปี...../...../..... ผล		
☐ specimen..... วัน/เดือน/ปี...../...../..... ผล		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

5.2 แพทย์ประเมินผลการรักษา

- ☐ ตอบสนองต่อการรักษาแบบสมบูรณ์ สามารถหยุดยาได้ วัน/เดือน/ปี...../...../.....
- ☐ ตอบสนองต่อการรักษา โดยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง
- ☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาครั้งสุดท้าย วัน/เดือน/ปี...../...../.....

5.3 อาการไม่พึงประสงค์จากยา Linezolid พร้อมระบุความรุนแรง

- ☐ ผื่นแพ้ยา ☐ ชาปลายประสาท ☐ ชีต ☐ เกล็ดเลือดต่ำ ☐ อื่น ๆ
- ระบุความรุนแรง.....

6. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัมต่อวัน

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... (ครั้งละไม่เกิน 28 วัน)

หมายเหตุ

- กรณีเปลี่ยนจาก Vancomycin เป็น Linezolid ให้นับวันรักษาต่อจากเดิม เช่น เป้าหมายการรักษา 14 วัน ใช้ Vancomycin มาแล้ว 7 วัน เมื่อเปลี่ยนเป็น Linezolid ก็จะนับเป็นวันที่ 8-14
- กรณีเปลี่ยนไปใช้ Linezolid เพื่อรักษาเชื้อดื้อยาหรือเมื่อการรักษาด้วยยาอื่นไม่ได้ผล ให้เริ่มนับวันรักษาใหม่ เช่น เป้าหมายการรักษา 12 สัปดาห์ ใช้ยา Fusidic acid + Rifampicin มาแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าดื้อยา จึงเปลี่ยนมาใช้ Linezolid การให้ Linezolid ต้องเริ่มนับเป็น วันที่ 1 และให้ยาต่อเนื่องไปจนครบ 12 สัปดาห์

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....