

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Molnupiravir 200 mg tab. สำหรับผู้ป่วย COVID-19 ที่มีความเสี่ยงสูงเกิดอาการรุนแรง

โรงพยาบาลลำพูน

โรงพยาบาล..... วัน เดือน ปี/...../.....

☐ ผู้ป่วย IPD WARD.....

☐ ผู้ป่วย Home Isolation

☐ ผู้ป่วย OPD

ชื่อผู้ป่วย.....HN :AN.....

Detected Date.....วันที่ขอยา.....วันที่ได้รับยา.....

อายุ.....น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....BMI :โทร.....

ปรึกษาแพทย์อายุรกรรม

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

เกณฑ์การใช้รักษาผู้ป่วย COVID-19		
1	มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้	
1.1	อายุ >60 ปี ขึ้นไป	ใช่ ไม่ใช่
1.2	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)(GOLD grad 2 ขึ้นไป)รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ	ใช่ ไม่ใช่
1.3	โรคไตเรื้อรัง(CKD) (Stage 4-5)	ใช่ ไม่ใช่
1.4	โรคหัวใจและหลอดเลือด(NYHA Functional class 2 ขึ้นไป) รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด	ใช่ ไม่ใช่
1.5	โรคหลอดเลือดสมอง	ใช่ ไม่ใช่
1.6	เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (FBS > 180 mg%)	ใช่ ไม่ใช่
1.7	ภาวะอ้วน (BMI >35 kg/m ²)	ใช่ ไม่ใช่
1.8	โรคตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป)	ใช่ ไม่ใช่
1.9	ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิ หรือ Corticosteroid equivalent to Prednisolone 15 mg/วัน 15 วัน ขึ้นไป)	ใช่ ไม่ใช่
1.10	ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD ₄ cell count 200 cells/mm ³ ลงมา	ใช่ ไม่ใช่
2	ไม่เป็นบุคคลดังต่อไปนี้	
	สตรีตั้งครรภ์และสตรีให้นมบุตร	ใช่ ไม่ใช่

หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลาง ยังไม่ต้องให้ oxygen

: ขณะนี้รับรองให้ใช้ในผู้ที่อายุ 18 ปี ขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อ COVID-19 รุนแรงเท่านั้น

ขนาดที่ใช้ : ขนาดยา รับประทาน สำหรับผู้ใหญ่ 800 mg. (Capsule ขนาด 200 mg. จำนวน 4 Capsule)

รับประทานทุก 12 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 5 วัน (รวม 40 เม็ด/คน)

แพทย์ผู้สั่งยา

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

เภสัชกรผู้จ่ายยา

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม.....

วันที่...../...../.....