

เอกสารประกอบการใช้ยา Remdesivir 100 mg/20 ml injection โรงพยาบาลลำพูน



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

1. ชื่อ.....นามสกุล HN.....AN..... อายุ..... ปี น้ำหนัก.....กก.

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. เกณฑ์การพิจารณาให้ยา Remdesivir 100 mg/20 ml injection

☐ ให้ยา Remdesivir injection 3 วัน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

☐ 1. ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 1 ข้อ ดังนี้
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่

- ☐ อายุ < 1 ปี ☐ อายุ > 60 ปี ขึ้นไป ☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ
- ☐ โรคไตเรื้อรัง (CKD) (Stage 3 ขึ้นไป) ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ เบาหวาน ☐ โรคเมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งที่รักษาหายแล้ว)
- ☐ ภาวะอ้วน (BW > 90 kg หรือ BMI ≥ 30 kg/m²) ☐ โรคตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป)
- ☐ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิ หรือ Corticosteroid equivalent to Prednisolone 15 mg/วัน 15 วัน ขึ้นไป ☐ ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD₄ cell count 200 cells/mm³ ลงมา

☐ 2. ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีปอดอักเสบ (Pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลางยังไม่ต้องให้ Oxygen

☐ ให้ยา Remdesivir injection 5 วัน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

- ☐ ปอดอักเสบรุนแรงที่มี hypoxia (Resting O₂ saturation $\leq 94\%$) ไม่เกิน 10 วันหลังจากมีอาการและได้รับ Oxygen
- ☐ หลอดลมอักเสบที่มีปอดอักเสบเห็นได้ชัดเจนจากเอกซเรย์
- ☐ มีข้อห้ามบริหารยาทางปากหรือมีปัญหาการดูดซึม

☐ กรณีให้ยา Remdesivir injection Extend dose 10 วัน ระบุเหตุผล.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา..... เภสัชกรผู้จ่ายยา
(.....)
วันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....

แพทย์อายุรกรรม/กุมารแพทย์ที่รับ consult.....
(.....)
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ แพทย์ผู้รักษา/ผู้สั่งจ่ายยา กำหนดแพทย์ผู้สั่งใช้ : แพทย์อายุรกรรม , กุมารแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน