

แบบขอใช้ยาด้านแบคทีเรียที่ควบคุม โรงพยาบาลลำพูน
Levofloxacin IV, Piperacillin/Tazobactam, Cefoperazone/Sulbactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Ertapenem

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	
ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี หอผู้ป่วย ☐ อื่นๆ	HN.....AN..... สิทธิการจ่ายค่ารักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่น ๆ.....
ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน ☐ และเติมข้อความ	
ยาด้านจุลชีพที่ต้องการใช้ ☐ Levofloxacin (IV) 750 mg ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	ข้อบ่งใช้ของยา ☐ Community-acquired pneumonia ที่ไม่สามารถใช้ยาลำดับแรกๆ ได้ ☐ ติดเชื้อ <i>S.pneumoniae</i> ที่ดื้อยา Penicillin และยา Cephalosporin ☐ ติดเชื้อ <i>Mycobacteria</i> ที่ไม่สามารถใช้ยาลำดับแรกๆ ได้ ☐ ติดเชื้อ ที่ไวต่อยาอื่นแต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ ☐ อื่นๆ.....
☐ Piperacillin-Tazobactam 4.5 g ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	☐ ติดเชื้อที่อาจเกิดจาก <i>P.aeruginosa</i> ระหว่างรอฟผลการเพาะเชื้อ ☐ Febrile neutropenia (absolute neutrophil <500 มีไข้) ที่อาจเกิดจากเชื้อแกรมลบ ☐ ติดเชื้อแกรมลบที่ดื้อ Cephalosporin, Aminoglycoside และ Fluoroquinolone (FQ) ☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่น แต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ ☐ อื่นๆ.....
☐ Ampicillin-sulbactam 3 g (2g/1g) ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	☐ ติดเชื้อแกรมลบที่ดื้อ Cephalosporin, Aminoglycoside และ Fluoroquinolone (FQ) ☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่น แต่ไม่สามารถใช้นั้นได้ เพราะ ☐ อื่นๆ.....
☐ Imipenem/Cilastatin 500 mg ☐ Meropenem 1g ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	☐ ติดเชื้อใน รพ. ที่อาจเกิดจากเชื้อแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อ Cephalosporin, Aminoglycoside (AG), FQ, Beta-Lactam Beta-Lactamase Inhibitors (BLBI) หรือสงสัย ติดเชื้อชนิดนี้ระหว่างรอฟผลการเพาะเชื้อ ☐ Febrile neutropenia (absolute neutrophil <500 มีไข้) ที่อาจเกิดจากเชื้อแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อ Cephalosporin, AG, FQ, BLBI ☐ ติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียชนิด ESBL +ve ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ Ertapenem 1 g (ไม่คลุมเชื้อ <i>Pseudomonas</i>) ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	☐ ติดเชื้อ รุนแรงจากแบคทีเรียชนิด ESBL +ve ☐ อื่นๆ ระบุ.....
การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค ☐ ไม่ได้เก็บ ☐ เก็บคือ ☐ Blood ☐ Sputum ☐ Pus ☐ Urine ☐ Other..... เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ ☐ ไม่พบ ☐ รอฟผลการตรวจ ☐ พบ คือ ☐ <i>S.aureus</i> ☐ <i>P.aeruginosa</i> ☐ <i>A.baumannii</i> ☐ ESBL-ve <i>E.coli</i> or <i>K.pneumoniae</i> ☐ ESBL+ve <i>E.coli</i> or <i>K.pneumoniae</i> ☐ Other.....	
ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างตนครั้งแรกกนาน.....วัน (ไม่เกิน 4 วัน) ลงนาม..... (.....) ว.	ส่วนที่ 4 เกสซ์กร วันที่จ่ายยา ลงนาม..... (.....) ภ.
ส่วนที่ 5 ความเห็นของแพทย์ผู้อนุมัติใช้ยา ☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อจนครบระยะเวลาการรักษา 7 วัน (สั่งใช้ได้ ครั้งละ 7 วัน ; หากอาการทางคลินิกไม่ดี สามารถสั่งต่อได้โดยใช้ ใบควบคุมการใช้ยา AMR ใบใหม่) ☐ ไม่อนุมัติ การใช้ยานี้ต่อ ☐ ควรปรับเปลี่ยนเป็นยา..... ☐ อื่นๆ..... ลงนาม..... (.....) ว. ผู้อนุมัติ ลงนาม..... (.....) ภ. เกสซ์กร	

แบบขอใช้ยาด้านแบคทีเรียที่ควบคุม โรงพยาบาลลำพูน
Colistin, Vancomycin, Tigecycline, fosfomycin

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	
ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี หอผู้ป่วย ☐ อื่นๆ	HN.....AN..... สิทธิการจ่ายการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่น ๆ.....
ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่ เครื่องหมายลงใน ☐ และเติมข้อความ	
ยาด้านจุลชีพที่ต้องการใช้ ☐ Colistin 150 mg ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	ข้อบ่งใช้ของยา ☐ สงสัยติดเชื้อแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อ Carbapenem และอยู่ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ ☐ ติดเชื้อแกรมลบที่คือ Carbapenem, Cephalosporin, AG, BLBI และ FQ ☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่นแต่ไม่สามารถใช้ยานั้นได้ เพราะ ☐ อื่นๆ.....
☐ Vancomycin 500 mg ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	☐ ติดเชื้อที่อาจเป็น MRSA หรือ ampicillin-resistant Enterococci ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ ☐ ติดเชื้อที่ไวต่อยาอื่นแต่ไม่สามารถใช้ยานั้นได้ เพราะ ☐ อื่นๆ.....
☐ Tigecycline 50 mg (มีผลเพาะเชื้อที่ไวต่อยา ไม่ใช้ใน septicemia /UTI, ไม่คลุมเชื้อ Pseudomonas/Proteus) ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	☐ มีผลเพาะเชื้อพบ เชื้อแบคทีเรียแกรม ลบคือยา colistin ที่ไวต่อ Tigecycline ☐ มีผลเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบคือยา กลุ่ม Carbapenem, cephalosporin, Aminoglycosides, กลุ่ม BLBI , Fluoroquinolone ที่ไวต่อ Tigecycline และมีข้อจำกัดการใช้ยา colistin (renal impairment) ☐ ใช้ combine therapy ร่วมกับ colistin กรณีพบเชื้อ A.B MDR เพื่อ synergist ☐ พบเชื้อ MRSA/VRE/VRSA ที่ไวต่อยา , Scr >3mg/dl (renal impairment) ☐ อื่นๆ.....
☐ Fosfomycin 4 g ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยา	☐ Combine therapy for synergist antimicrobial สำหรับเชื้อแกรมลบคือยา เช่น A.B MDR, CRE โดยเชื้อต้องไวต่อ fosfomycin ☐ พบเชื้อ MRSA ที่ไวต่อยา fosfomycin ☐ อื่นๆ.....
การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค ☐ ไม่ได้เก็บ ☐ เก็บคือ ☐ Blood ☐ Sputum ☐ Pus ☐ Urine ☐ Other..... เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ ☐ ไม่พบ ☐ รอผลการตรวจ ☐ พบ คือ ☐ S.aureus ☐ P.aeruginosa ☐ A.baumannii ESBL-ve E.coli or K.pneumoniae ☐ ESBL+ve E.coli or K.pneumoniae ☐ Other.....	
ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างตนครั้งแรกนาน.....วัน (ไม่เกิน 4 วัน) ลงนาม..... (.....) ว.	ส่วนที่ 4 เภสัชกร วันที่จ่ายยา ลงนาม..... (.....) ภ.
ส่วนที่ 5 ความเห็นของแพทย์ผู้อนุมัติใช้ยา ☐ อนุมัติใช้ยานี้ต่อจนครบระยะเวลาการรักษา 7 วัน (สั่งใช้ได้ ครั้งละ 7 วัน ; หากอาการทางคลินิกไม่ดี สามารถสั่งต่อได้ โดยใช้ ใบควบคุมการใช้ยา AMR ใบใหม่) ☐ ไม่อนุมัติ การใช้ยานี้ต่อ ☐ ควรปรับเปลี่ยนเป็นยา..... ☐ อื่นๆ..... ลงนาม..... (.....) ว. ผู้อนุมัติ ลงนาม..... (.....) ภ. เภสัชกร	