

แบบประเมินการใช้ยาโรงพยาบาลหนองใหญ่

| ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่ | |
|---|--|
| ชื่อ-นามสกุล.....HN.....AN..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุ.....ปี สิทธิการจ่ายค่ารักษา <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> กรมบัญชีกลาง (ข้าราชการ) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |
| ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ต้องการใช้ยา : กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน <input type="checkbox"/> และเติมข้อความ | |
| ยาที่ต้องการใช้ | ข้อบ่งใช้ของยา |
| <input type="checkbox"/> Ceftazidime (Fortum®) ขนาดยาต่อวัน..... Diagnosis..... | <input type="checkbox"/> Empiric therapy ใช้ต่อยา Ceftriaxone <input type="checkbox"/> Specific therapy มีผล culture ว่าติดเชื้อ..... และเชื้อไวรัสนี้ ผลเมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> Sepsis ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ (immune-compromised host) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจาก Hospital acquired infection <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย refer back ใช้ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล..... <input type="checkbox"/> คำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ระบุโรงพยาบาล.....) |
| <input type="checkbox"/> Cefotaxime (Claforan®) ขนาดยาต่อวัน..... Diagnosis..... | <input type="checkbox"/> Severe cellulitis <input type="checkbox"/> Pneumonia ในเด็ก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย refer back ใช้ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล..... <input type="checkbox"/> คำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ระบุโรงพยาบาล.....) |
| <input type="checkbox"/> Augmentin ขนาดยาต่อวัน..... Diagnosis..... | <input type="checkbox"/> Suspected bacterial infection caused by beta-lactamase producing strains <input type="checkbox"/> Suspected Mixed organism infections (gram +ve, gram -ve, anaerobes) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> Clarithromycin ขนาดยาต่อวัน..... Diagnosis..... | <input type="checkbox"/> Community-acquired pneumonia <input type="checkbox"/> Non-tuberculous <i>Mycobacterium</i> spp. (Atypical mycobacterium) <input type="checkbox"/> Treatment for <i>H.Pylori</i> infection (มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> Gabapentin (ทุกครั้งที่สั่งใช้**) ขนาดยาต่อวัน..... | <input type="checkbox"/> Neuropathic pain ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดชนิดอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ลดอาการปวด หลังจากผ่าตัดทาง orthopedic <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> Losartan (กรณีเริ่มยาครั้งแรก) ขนาดยาต่อวัน..... | <input type="checkbox"/> เกิด side effect จากการใช้ยา ACEI (ระบุอาการ.....) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> Atorvastatin (กรณีเริ่มยาครั้งแรก) ขนาดยาต่อวัน..... | <input type="checkbox"/> เกิด side effect จากการใช้ยา Simvastatin (ระบุอาการ.....) <input type="checkbox"/> ได้รับ Simvastatin 40 mg/day ติดต่อกัน 6 เดือนแล้วไม่สามารถควบคุม LDL-C ได้ตามเป้าหมาย <input type="checkbox"/> High risk for recurrent stroke or CAD, ASCVD > 10% ในระยะเวลา 10 ปี <input type="checkbox"/> เคยใช้ Atorvastatin อยู่ก่อนแล้วควบคุม LDL-C ได้ตามเป้าหมาย <input type="checkbox"/> ได้รับยาที่มี Drug interaction กับ Simvastatin (ระบุยา.....) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| ส่วนที่ 3 แพทย์ผู้สั่งใช้ยา ลงชื่อ..... วันที่..... | ส่วนที่ 4 เภสัชกร ลงชื่อ..... วันที่..... |

