

แบบบันทึกการส่งจ่ายยา Molnupiravir สำหรับผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วัน เดือน ปี ที่ส่งจ่าย /...../.....

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย.....HN..... AN.....BED.....WARD.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก)..... เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ..... ปี ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม อุณหภูมิ°C

B.P...../..... mmHg RR.....bpm PR.....bpm

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ RT-PCR ☐ ATK-test

อาการของผู้ป่วย ☐ มีประวัติเป็นไข้ ☐ หายใจถี่ ☐ ไอ ☐ อ่อนแรง ☐ ท้องเสีย ☐ คลื่นไส้/อาเจียน ☐ เจ็บคอ ☐ ปวดหัว
☐ ไม่ได้รับรส ☐ ไม่ได้กลิ่น ☐ มีน้ำมูก ☐ รู้สึกกระวนกระวาย/สับสน ☐ ตาแดง ☐ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
☐ ปวดบริเวณท้อง ☐ ปวดข้อ ☐ เจ็บหน้าอก ☐ อื่นๆ.....

เกณฑ์การใช้รักษาผู้ป่วย COVID-19 (อายุ ≥18 ปีขึ้นไป)		ใช่	ไม่ใช่
1	มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้		
	1.1 อายุ ≥ 60 ปี		
	1.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (GOLD grade 2 ขึ้นไป) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ		
	1.3 โรคไตเรื้อรัง (CKD) (stage 3 ขึ้นไป)		
	1.4 โรคหัวใจและหลอดเลือด (NYHA functional class 2 ขึ้นไป) รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด		
	1.5 โรคหลอดเลือดสมอง		
	1.6 เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้		
	1.7 ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥30 กก./ตร.ม.)		
	1.8 ตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป)		
	1.9 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิหรือ corticosteroid equivalent to prednisolone 15 มก./วัน มากกว่า 15 วัน)		
	1.10 ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD ₄ cell count 200 เซลล์/ลบ.มม. ลงมา		
2	ประวัติการได้รับวัคซีน		
	ไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีน < 3 เข็ม		
3	ไม่เป็นบุคคลดังต่อไปนี้		
	สตรีตั้งครรภ์และสตรีให้นมบุตร		

หมายเหตุ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ(pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลาง ยังไม่ต้องให้ oxygen ขนาดที่ใช้ : สำหรับผู้ใหญ่ 800 mg (Capsule ขนาด 200 mg จำนวน 4 Capsules) รับประทานทุก 12 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 5 วัน (รวม 40 เม็ด/คน)

ผลการรักษา (วันที่ 10 วันหลังได้รับยา)

- ☐ ผู้ป่วยปลอดภัยจำหน่ายออกจากระบบการรักษาได้
- ☐ ผู้ป่วยอาการมากขึ้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital admission)
- ☐ ผู้ป่วยเสียชีวิต ระบุสาเหตุ.....
- ☐ อื่น ๆ (Other) โปรดระบุ.....

อาการอื่นของผู้ป่วยหลังการใช้ยา Molnupiravir

- ☐ ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Molnupiravir (no adverse event)
- ☐ มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Molnupiravir โปรดระบุ.....

*บุคลากรทางการแพทย์ต้องรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไปยังช่องทางที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อแพทย์ผู้ส่งยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

กรอกข้อมูลครบถ้วน กรุณาส่งแบบฟอร์มคืนที่ห้องจ่ายยาด้วยคะ

