

แบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
NovoSeven[®] (Factor VII 1.2 mg/vial)

“กรุณาแนบพร้อมสำเนา order แพทย์มาที่ห้องยา”

ชื่อ - สกุล..... HN..... AN..... หอผู้ป่วย.....เตียง.....
อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม สัทธิ () ฟรี () เบิกได้/ชำระเงิน

ข้อบ่งใช้

- ☐ 1. Prophylaxis - Hemophilia, with inhibitors to Factor VIII or Factor IX - Procedure
☐ 2. Bleeding - Hemophilia, with inhibitors to Factor VIII or Factor IX
☐ 3. Bleeding - Acquired factor VIII deficiency disease
☐ 4. Prophylaxis - Factor VII deficiency - Procedure
☐ 5. Bleeding - Factor VII deficiency
☐ 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....

ขนาดยาที่สั่งใช้ระยะเวลาการรักษา (ประมาณ).....วัน

ขนาดยาที่แนะนำ

Indication 1-3

- ☐ IV 90-120 mcg/kg q 2 hr until hemostasis สำหรับ
ผู้ป่วยมี severe bleeds ควรให้ยา 3-6 hr intervals

Indication 4-6

- ☐ IV 15-30 mcg/kg q 4-6 hr until hemostasis

แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนให้ Factor VII:

1. ตรวจ Lab: CBC, PT, aPTT, Fibrinogen, D-dimer
2. แก้ไขภาวะ coagulopathy ด้วย FFP, cryoprecipitate
3. แก้ไขภาวะ thrombocytopenia, keep platelet count > 50,000
4. ให้ Blood transfusion
5. แก้ไขภาวะ acidosis
6. แก้ไขภาวะ Hypothermia

พารามิเตอร์ติดตามการใช้ยา: baseline, ระหว่างให้ยา ตามภาวะทางคลินิกและหลังหยุดให้ยา

- ☐ Hemoglobin, hematocrit, platelets
☐ Coagulation parameters (เช่น PT/INR, aPTT, fibrinogen, D-dimer)

เป้าหมายการรักษา หยุดยาเมื่อ

- ☐ Blood loss (< 100 mL/hour)

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา..... (.....)

เลข ว..... วันที่...../...../.....

1. ความเห็นของแพทย์ Staff

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

2. ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....