

**แบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์**  
**Sevelamer carbonate 800 mg/tab (Renvela®)**  
**(NED-สั่งใช้เฉพาะ แพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์โรคไต)**

กรณารอรายละเอียดให้ครบถ้วนในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 และส่งทีมงานคลังยาชั้น 5

<b>1. ข้อมูลผู้ป่วย</b>	<input type="checkbox"/> Case ใหม่ <input type="checkbox"/> Case เก่า
ชื่อ-นามสกุล นาง/นางสาว/นาย .....H.N.....AN.....อายุ .. .....ปี	
ห้องตรวจ/Ward.....สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> ฟรี <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	
ผู้ป่วยมีภาวะ bowel obstruction <u>ซึ่งเป็นข้อห้ามของการใช้ยา</u> <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (ใช้ได้)	

<b>2. ข้อมูลประกอบการอนุมัติ: ข้อบ่งชี้ยา</b>	
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง stage 3-5 ที่มี Progressive หรือ Persistent hyperphosphatemia ที่มี serum phosphate levels > 5.0 mg/dL (serum phosphate.....mg/dL; วันที่.....) และไม่สามารถใช้ยา calcium-base phosphate binder ในการรักษา hyperphosphatemia เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้	
<input type="checkbox"/> 2.1 ขออนุมัติใช้ยาไม่เกิน 1 ปี	
( ) 2.1.1 Hypercalcemia (serum calcium > 10.2 mg/dL)	
โปรตีน serum corrected calcium.....mg/dL (วันที่.....)	
( ) 2.1.2 มี Ca x P product > 55 โปรตีน ..... (วันที่.....)	
<input type="checkbox"/> 2.2 ขออนุมัติใช้ตลอดชีวิต	
( ) 2.2.1. มีภาวะ vascular calcification จากหลักฐาน X-ray (วันที่.....)	
( ) 2.2.2 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจาก vascular calcification ดังต่อไปนี้	
( ) 1. Peripheral arterial disease	
( ) 2. Uremic vasculopathy	
( ) 3. Calciphylaxis	
( ) 4. Ischemic heart disease	
( ) 2.2.3 อื่นๆ โปรตีน.....	

<b>3. รายละเอียดการใช้ยา</b>	
Sevelamer carbonate (800) ขนาดยา.....จำนวนยาที่ใช้.....เม็ด	
- ขนาดแนะนำ 800-1,600 mg พร้อมอาหารวันละ 3 ครั้ง ขนาดยาสูงสุด 14 g/day ควรรับประทานพร้อมอาหาร ห้ามบดหรือทำให้เม็ดยาแตก	
- Sevelamer carbonate ขนาดยา 800 mg เทียบเท่ากับ Calcium carbonate 600 mg	
- กรณีรับประทานยาอื่นร่วมด้วย ควรรับประทาน Sevelamer carbonate ก่อนยาอื่น 6 ชั่วโมง หรือรับประทาน Sevelamer carbonate หลังยาอื่น 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะ ciprofloxacin, mycophenolate mofetil, levothyroxine, ยารักษาการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ และยากันชัก	

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ..... (.....)  
 แพทย์เฉพาะทางผู้สั่งใช้ยา ด้าน.....วันที่...../...../.....

<b>1. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....</b> เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....	<b>2. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม</b> เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
<b>3. ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์</b> เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....	<b>4. ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์</b> เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....