

แบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา Tenecteplase inj 8,000 units (40 mg) (Metalyse®) (ED ง) จังหวัดอุดรดิตถ์

☐ รพ. อุดรดิตถ์ (ส่งใช้เฉพาะแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจ) ☐ รพช. ....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี

HN..... AN..... หอผู้ป่วย..... เตียง .....

สิทธิการรักษา ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ/เบิกต้นสังกัด  
☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและการใช้ยา

☐ 2.1 ตรงเงื่อนไขการส่งใช้ตามบัญชีหลักแห่งชาติ สำหรับผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction ที่มีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- ☐ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา streptokinase
- ☐ ผู้ป่วยเคยได้ streptokinase มาภายใน 6 เดือน (ได้รับ streptokinase เมื่อ ...../...../.....)
- ☐ ผู้ป่วยที่มีภาวะ anterior wall STEMI ร่วมกับภาวะ hemodynamic instability ที่ไม่สามารถส่งทำ Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ได้ภายใน 120 นาที
  - ☐ 1. Cardiogenic shock , Cardiac arrest
  - ☐ 2. Malignant arrhythmia (VT/VF , CHB , Sinus arrest)

☐ 2.2 ไม่ตรงเงื่อนไขตามบัญชีหลักแห่งชาติ แต่มีภาวะของผู้ป่วยข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- ☐ Late onset STEMI onset > 12 hr ที่ refer time > 2 hr
- ☐ High bleeding risk : Advanced age , Low BW , previous stroke , coagulopathy
- ☐ นอกเวลาราชการ หรือ Cathlab ปิดให้บริการ

☐ 2.3 ไม่ตรงเงื่อนไข ED หรือ ไม่มีภาวะข้อ 2.2 ควรพิจารณาใช้ยา Streptokinase เป็นอันดับแรก แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการใช้ยา Tenecteplase ให้ผู้ป่วยชำระเงินเอง

ลงชื่อผู้ยินยอม ..... (.....)  
ผู้ป่วย หรือญาติที่เกี่ยวข้อง

ขนาดการส่งใช้ TNK.....จำนวน.....vial

รพ. อุดรดิตถ์: ส่งแบบบันทึกที่ห้องยาพร้อมใบสั่งยา  
รพ. ชุมชน: ส่งแบบบันทึกที่หอผู้ป่วย CCU รพ. อุดรดิตถ์  
และแลกเปลี่ยนยาเพื่อสำรอง (ก่อนหมดอายุ 8 เดือน)

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

แพทย์ผู้สั่งใช้ ..... (.....)

แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์หัวใจ ..... (.....)

เฉพาะ รพ. อุดรดิตถ์

วันที่ ...../...../.....