

**แบบบันทึกประกอบการสั่งจ่ายยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์**  
**Ticagrelor (Brilinta® : 90 mg/tab ) (ED ง-เฉพาะแพทยอายุรศาสตร์หัวใจ )**

ครั้งที่ 1

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส. ....อายุ.....ปี  
 HN..... AN..... Ward.....เตียง.....โรคประจำตัว ☐ เบาหวาน  
☐ CKD (GFR<60 ml/min) ☐ LV systolic dysfunction (LVEF < 40) ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

**สิทธิการรักษา**

- ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ/เบิกต้นสังกัด ☐ ประกันสังคม  
☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ชำระเงินเอง

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลประกอบการอนุมัติและการใช้ยา Ticagrelor ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

**ส่วนที่ 2.1 เหตุผลในการสั่งใช้ตามเกณฑ์บัญชียาหลักแห่งชาติ** (ต้องมีข้อมูลให้พร้อมตรวจสอบในเวชระเบียน)

ใช้ Ticagrelor ร่วมกับ Aspirin ขนาด 75-100 มิลลิกรัม โดยให้ใช้ Ticagrelor เป็นเวลาไม่เกิน 1 ปี ในผู้ป่วย high risk acute coronary syndrome (ACS) ที่รักษาด้วยวิธี Percutaneous Coronary Intervention (PCI) และตรงเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

- ☐ 1. ผู้ป่วย ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการทำ Primary PCI)  
☐ 2. ผู้ป่วย NSTEMI-ACS ที่มี Grace risk score มากกว่า 140 โปรดระบุ Grace risk score =.....  
☐ 3. ผู้ป่วยที่แพ้หรือไม่ตอบสนองต่อ clopidogrel เช่น recurrent ACS หรือเกิด stent thrombosis ในขณะที่ได้รับยา aspirin ร่วมกับ clopidogrel

**ส่วนที่ 2.2 ยาที่สั่งใช้ Ticagrelor (Brilinta®)-20.50 บาท/เม็ด ขนาดยา** ☐ Loading dose 180 mg (2 tab)  
☐ Maintenance dose 90 mg BID

**แนวทางการอนุมัติการสั่งใช้ยา Brilinta®**

- ☐ ผู้ป่วยสิทธิเบิกได้/สินเชื่/ชำระเงิน: อนุมัติครั้งแรก → เสนอ Brilinta® โดยแพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจเท่านั้น แต่ถ้าใช้เป็นครั้งที่ 2 ให้เสนออนุมัติถึงผู้อำนวยการ รพ.  
☐ ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม (ต้องแนบสำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องเสนอเพื่อขออนุมัติ): เสนอ Brilinta® โดยแพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจเท่านั้น → ให้เสนอผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม → รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ → ผู้อำนวยการ รพ.

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ..... (.....)  
 แพทย์เฉพาะทาง ด้านอายุรศาสตร์หัวใจ วันที่...../...../.....

**1.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม**  
 เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 วันที่...../...../.....

**2.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์**  
 เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 วันที่...../...../.....

**3.ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์**  
 เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 วันที่...../...../.....

**หมายเหตุ** ระหว่างตามเซ็นอนุมัติหลังแพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจสั่งจ่ายยา หอพยาบาลจ่ายยาให้เบื้องต้นจำนวน 14 วัน