

แบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์  
Ticagrelor (Brilinta®: 90 mg/tab ) (ED งดเฉพาะแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจ )

ครั้งที่ 2

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 2 ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ส่วนที่ 2.1 เหตุผลในการสั่งใช้นอกเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ (ต้องมีข้อมูลให้พร้อมตรวจสอบในเวชระเบียน)

ใช้ Ticagrelor ร่วมกับ Aspirin ขนาด 75-100 มิลลิกรัม โดยใช้ Ticagrelor มาเป็นเวลา 1 ปี ในผู้ป่วย high risk acute coronary syndrome (ACS) ที่รักษาด้วยวิธี Percutaneous Coronary Intervention (PCI) แล้วแต่มีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

- ☐ 1.ผู้ป่วยที่เป็น CCS ร่วมกับมี complex PCI เช่น LM, Bifurcation lesion, CTO lesion ,Very long stent หรือ Multi-vessel PCI
- ☐ 2.ผู้ป่วยที่เป็น CCS ที่เกิด Instent restenosis(ISR) ขณะได้รับ ASA ร่วมกับ Clopidogrel
- ☐ 3.ผู้ป่วยที่เป็น CCS ที่จำเป็นต้องใช้ extended DAPT มี high ischemic risk และ low bleeding risk ที่มีประวัติ Stent thrombosis

ส่วนที่ 2.2 ยาที่สั่งใช้ Ticagrelor (Brilinta®)- 20.50 บาท/เม็ด ขนาดยา Maintenance dose 90 mg BID

แนวทางการอนุมัติการสั่งใช้ยา Brilinta®

- ☐ ผู้ป่วยสิทธิเบิกได้/สินเชื่/ชำระเงิน/ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม: →เซ็นใบ Brilinta® โดยแพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจเท่านั้น  
→ ให้เสนอผ่านหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม→ เสนอผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม→รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ →ผู้อำนวยการ รพ.

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ..... (.....)

แพทย์เฉพาะทาง ด้านอายุรศาสตร์หัวใจ วันที่...../...../.....

1.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม

เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

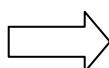
ลงชื่อ.....  
(.....)

วันที่...../...../.....

ส่งเอกสาร

คลังยา

โทร 1125



2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....  
(.....)

วันที่...../...../.....

3.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....  
(.....)

วันที่...../...../.....

4.ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....  
(.....)

วันที่ / /