

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Voriconazole แบบจัดและแบบกิน
ข้อบ่งใช้ โรค Invasive aspergillosis และ Invasive fungal infection

จากเชื้อ *Fusarium* spp., *Scedosporium* spp. (*Pseudallescheria*) และ *Trichosporon* spp. **ข้อใช้ยาครั้งที่ 2,3,4 และการหยุดใช้ยา**

(ส่งแบบฟอร์มหลังการใช้ ยาครั้งแรกไม่เกิน 14 วัน สำหรับผู้ป่วยใน และทุก ๆ 28 วัน) สำหรับผู้ป่วยนอกทั้งยากินและยาฉีด

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ 10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ☒ ดตยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขา ☐ อนุสาขายาเสพติดโรคติดต่อ

☐ อนุสาขายาเสพติดโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบการหายใจ ☐ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดต่อ

☐ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล _____ HN _____ AN _____

สิทธิการเบิก ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาพยาบาลราชการ

☐ อื่น ๆ ระบุ _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี ____ เดือน

เลขประจำตัวประชาชน ____ - ____ - ____ - ____ - ____

ข้อมูลทางคลินิก

วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล ____/____/____

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่ 2, 3, 4 (อนุมัติยา 28 วัน) และกรณีหยุดการใช้ยา

ให้กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

- อาการทางคลินิกดีขึ้นและ/หรือรอยโรคในภาพรังสีดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ ตามเป้าหมาย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก/...../25.....
- ลักษณะผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์ในการยุติการใช้ยา voriconazole ☐ ใช่ (เลือกข้อ 2.1-2.7 อย่างน้อยหนึ่งข้อ) ☐ ไม่ใช่
 - ☐ 2.1 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ และครบระยะเวลาการรักษาแล้ว
 - ☐ 2.2 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ☐ 2.2.1 อาการทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือผลเพาะเชื้อในเลือดหรือสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อขึ้นเชื้อต่อเนื่อง
 - ☐ 2.2.2 ทราบว่าเชื้อดื้อต่อยา voriconazole จากผลเพาะเชื้อ
 - ☐ 2.3 ไม่มีผลการตรวจ CT หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive aspergillosis และ ผลการตรวจ galactomannan เป็นลบ
 - ☐ 2.4 สามารถใช้ยาต้านเชื้อราชนิดอื่นในการรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า
 - ☐ 2.5 ไม่ใช่โรคติดต่อจาก *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. หรือ *Trichosporon* spp.
 - ☐ 2.6 มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา voriconazole ระดับ 3-4
 - ระบุอาการไม่พึงประสงค์ ☐ ผื่นแพ้ยา ☐ ตับอักเสบ
 - ☐ การมองเห็นผิดปกติ ☐ อื่นๆ.....
 - ☐ 2.7 สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
- รูปแบบของยา voriconazole ที่ต้องการใช้ ☐ ชนิด กิน ขนาดยาต่อวันมก.
☐ ชนิด ฉีด ขนาดยาต่อวันมก.

สำหรับข้อ 1. ☐ ใช่, ข้อ 2.1-2.7 ☐ เลือกอย่างน้อยหนึ่งข้อ

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....เลข ว.....
วันที่...../...../.....



2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มทึดลงยา ชั้น 2 โทร 1128
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....



4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....