

ใบแสดงเหตุผลประกอบการสั่งใช้และเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 4 กลุ่ม
ARBs, ยาลดไขมันในเลือด, PPIs และกลุ่มยาแก้ปวดข้อกล้ามเนื้อ NSAIDs โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่าผู้ป่วยชื่อ..... HN.....

Diagnosis/underlying disease.....

วันที่.....แพทย์ผู้สั่งใช้.....แผนก.....มีเหตุผลประกอบการ

ใช้ยา.....ขนาด (Dose).....จำนวน.....เม็ด ดังนี้

กลุ่มยา-รายการยา	เหตุผลประกอบการสั่งใช้
1. ARBs	
<input type="checkbox"/> Azilsartan medoxomil tab-40 mg (Edarbi [®])	<input type="checkbox"/> 1. ใช้ ACEIs และ ARBs ที่อยู่ในบัญชียาหลัก คือ Losartan แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์โปรดระบุนาการ..... ของการรักษาโดย.....
<input type="checkbox"/> Valsartan 51 mg + Sacubitril 49 mg /tab (Entresto [®])	<input type="checkbox"/> 3. คาดว่าจะได้รับประโยชน์ในการป้องกันการ Progress ของ CKD เพื่อลด Proteinuria <input type="checkbox"/> 4. Heart failure reduced ejection fraction (HFrEF) <input type="checkbox"/> 5. Acute decompensated heart failure with LVEF below normal <input type="checkbox"/> 5.1 มีประวัติ readmission หรือ Symptomatic HF <input type="checkbox"/> 5.2 Uncontrolled Hypertension ที่เคยได้รับ ACEIs/ARBs มาก่อน
2. ยาลดไขมันในเลือด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LDL.....mg/dl (วันที่.....)	
<input type="checkbox"/> Ezetimibe tab-10 mg (Ezetrol [®])	<input type="checkbox"/> 1.เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Simvastatin โปรดระบุนาการ..... และผลทางห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> AST, ALT..... <input type="checkbox"/> CPK.....
<input type="checkbox"/> Ezetimibe 10 mg + Atorvastatin 40 mg/tab (Atozet [®] 10/40)	<input type="checkbox"/> 2. ได้รับยาร่วมที่อาจเกิด Drug interaction กับ Simvastatin คือ.....(โปรดระบุนาการยาที่ใช้ร่วม)
<input type="checkbox"/> Fenofibrate cap-160 mg (Fibril [®])	<input type="checkbox"/> 3. ได้รับ Simvastatin ขนาดสูงมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน แต่ระดับ LDL ยังไม่บรรลุเป้าหมายของการรักษาโดยได้รับ Simvastatin ในขนาด.....mg มาแล้ว.....เดือน
<input type="checkbox"/> Pitavastatin tab-2 mg (Livalo [®])	<input type="checkbox"/> 4.
3. Proton pump inhibitors (PPIs)	
<input type="checkbox"/> Esomeprazole tab-20 mg (Nexium [®])	<input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วย Peptic ulcer ที่ได้รับยา Omeprazole มาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยมีหลักฐานแสดงคือ.....
<input type="checkbox"/> Lansoprazole tab-30 mg (Prevacid FDT [®])	<input type="checkbox"/> 2. ผู้ป่วย GERD ที่ได้รับยา Omeprazole มาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา <input type="checkbox"/> 3.

..... (.....)

แพทย์เฉพาะทางผู้สั่งใช้ยา ด้าน.....วันที่...../...../.....

ใบแสดงเหตุผลประกอบการสั่งใช้และเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 4 กลุ่ม
ARBs, ยาลดไขมันในเลือด, PPIs และกลุ่มยาแก้ปวดข้อกล้ามเนื้อ NSAIDs โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

4. ยากลุ่ม NSAIDs/Selective COX-II inhibitors

- ☐ Celecoxib cap-200 mg (Celebrex[®]) ☐ Etoricoxib tab-90 mg (Arcoxia[®])
☐ Parecoxib inj.-40 mg (Dynastat[®])

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่าผู้ป่วยชื่อ.....HN.....

Diagnosis/underlying disease.....

วันที่.....แพทย์ผู้สั่งใช้.....แผนก.....มีเหตุผลประกอบการ

ใช้ยา.....ขนาด (Dose).....จำนวน.....เม็ด ดังนี้

โปรดตรวจสอบข้อมูลก่อนสั่งใช้ยา

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือโรคไตร่วมด้วยหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา

เหตุผลประกอบการใช้ยา

☐ Acute pain

- ☐ 1. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ Non-selective COX inhibitor แบบรุนแรงหรือแบบ pseudo-allergy ที่อาจแพ้ยากลุ่ม Non-selective COX inhibitor ทั้งกลุ่ม
- ☐ 2. ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่ม Non-selective COX inhibitor อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้
- มีหลักฐานแสดงว่าผู้ป่วยมี recent GI Bleeding, peptic ulcer, GI perforation
 - อายุ 65 ปีขึ้นไป
 - ได้รับยาร่วมที่ทำให้มีโอกาสเกิด GI adverse event ได้มากขึ้น เช่น warfarin, aspirin, clopidogrel, corticosteroids

☐ 3.

☐ Chronic pain

- ☐ 1. ผู้ป่วยใช้ Non-selective COX inhibitor ร่วมกับ PPI แล้วยังคงเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ☐ 2. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ Non-selective COX inhibitors แบบรุนแรงหรือแบบ pseudo-allergy ที่อาจแพ้ยากลุ่ม Non-selective COX inhibitors ทั้งกลุ่ม
- ☐ 3.

.....
 (.....)
 แพทย์เฉพาะทางผู้สั่งใช้ยา วันที่
/...../.....