

แบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยารักษาเบาหวาน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
กลุ่ม DPP-4 inhibitors (NED)

ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี HN.....

- ▶ ระดับน้ำตาลในเลือด.....mg/dl(วันที่.....) HbA1C.....%(ครั้งล่าสุดวันที่.....)
▶ eGFR.....ml/min/1.73 m² (วันที่.....)

◆ เหตุผลประกอบการส่งจ่ายยาในผู้ป่วย DM type II (กรุณากรอกให้ครบทุกข้อ 1, 2 และ 3)

☐ 1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ (ต้องมีข้อนี้ทุกราย)

☐ 2. ข้อบ่งใช้

- () 2.1 Add-on combination กับยารักษาเบาหวานที่ใช้ร่วมกันก่อนหน้านี้
แล้วยังมีระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 130 mg/dl หรือ HbA1C $\geq 7\%$
() 2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงหรือแพ้ยา หรือมีข้อห้ามใช้ยารักษาเบาหวาน
ชนิดอื่นๆ โปรดระบุ.....
และต้องส่งผู้ป่วยบันทึกประวัติแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาที่ห้องจ่ายยา
(ออกบัตรแพ้ยา/SE ยา)

- ☐ Metformin(max 3000 mg/day)
ขนาดที่ใช้.....
☐ Glipizide(max 20 mg/day)
ขนาดที่ใช้.....
☐ Pioglitazone(max 45 mg/day)
ขนาดที่ใช้.....

☐ 3. ต้องไม่มีข้อห้ามทุกข้อของการใช้ยา

☐ ไม่เป็น DM type I

☐ ผู้ป่วยไม่ตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร

☐ severe liver failure

◆ รายการยาในกลุ่ม DPP-4 inhibitor

รายการยา	ขนาดยาที่ส่ง	ขนาดยาแนะนำ	eGFR 30-50	eGFR <30
<input type="radio"/> Sitagliptin ขนาดยา 100 mg (Januvia®)		100 mg OD	50 mg OD	25 mg OD
<input type="radio"/> Gemigliptin ขนาดยา 50 mg (Zemiglo®)		50 mg OD	50 mg OD	50 mg OD
<input type="radio"/> Aloglitin/Pioglitazone ขนาดยา 25/15 mg (Oseni®)		25 mg OD	12.5 mg OD	6.25 mg OD

ระบุเหตุผลส่งจ่ายยา NED ในใบสั่งยา

- a. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยา
b. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
c. ไม่มียา ED ให้ใช้ แต่มีข้อบ่งใช้ตาม อย.
d. มี Contraindication ต่อผู้ป่วยหรือ D/I ต่อยาที่ได้รับ
e. ยา ED มีราคาแพงกว่า
f. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....(.....)

แพทย์เฉพาะทางผู้ส่งจ่ายยา ด้าน.....วันที่...../...../.....