

**แบบบันทึกประกอบการสั่งจ่ายยา Febuxostat-80 mg/tab (ED ง) โรงพยาบาลอุดรดิตถ์**  
(เริ่มสั่งจ่ายได้ เฉพาะ อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม/อายุรแพทย์โรคไต/ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์)

ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม

HN.....AN.....Ward.....

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

Serum uric acid.....mg/dl (วันที่.....) eGFR.....ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (วันที่.....)

◆ **เหตุผลประกอบการสั่งจ่ายยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ** สำหรับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่มีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งดังนี้  
(ต้องมีข้อมูลให้พร้อมตรวจสอบในเวชระเบียน)

- ☐ 1. ผู้ป่วยแพ้ยา allopurinol รุนแรงและมีข้อห้ามในการใช้ยากลุ่ม uricosuric drugs<sup>#</sup>
- ☐ 2. หลังใช้ uricosuric drugs ร่วมกับ allopurinol แล้วผู้ป่วยมีระดับกรดยูริกในเลือดมากกว่า 6 mg/dl ในกรณีที่ไม่ใช้โพรไฟส และมากกว่า 5 mg/dl ในกรณีที่มีโพรไฟส
- ☐ 3. เป็นยาทางเลือกในกรณีที่ใช้ allopurinol แล้วมีเอนไซม์ตับสูงเกิน 3 เท่าของค่าปกติหรือเพิ่มขึ้นเกิน 2 เท่าของระดับ ก่อนให้ยาและมีข้อห้ามใช้กลุ่ม uricosuric drugs<sup>#</sup>
- ☐ 4. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบ HLA-B\*5801 positive

**Note** #แพทย์สั่งผู้ป่วยบันทึกประวัติแพ้/อาการข้างเคียงจากยาที่ห้องจ่ายยา เพื่อออกบัตรแพ้ยา/SE ยาให้แก่ผู้ป่วย

◆ **Febuxostat-80 mg-95 บาท/เม็ด** ขนาดยาที่ใช้.....

ขนาดยาแนะนำ เริ่มต้น 40 mg/day titrate ทุก 2-4 wks ขนาดยาสูงสุดที่ 80 mg/day

แนวทางติดตาม หลังเริ่มยาแล้วให้นัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ โดยต้องตรวจเลือด creatinine, uric acid, AST, ALT ในช่วงที่ปรับขนาดยาทุกครั้ง ในช่วง 1 ปีแรก

กรณีที่ eGFR<30 ml/min/1.73m<sup>2</sup> หรือผู้ป่วยที่ได้รับการทำ renal replacement therapy (hemodialysis, peritoneal dialysis) ให้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มหรืออายุรแพทย์โรคไตก่อน

การรักษาเกิด ให้ยาลดกรดยูริกตลอดชีวิต อาจลองลดขนาดยาได้ แต่ไม่ให้หยุดยา หากจะหยุดยาควรตรวจติดตามระดับกรดยูริกในเลือด

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ..... (.....)

แพทย์เฉพาะทางผู้สั่งจ่ายฯ ด้าน.....วันที่...../...../.....

กรณีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม ให้เสนอขออนุมัติต่อตามลำดับ

1.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

2. ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....