

แบบบันทึกประกอบการสั่งใช้ สารละลายแอลบูมิน (20% Human albumin) (NED-เฉพาะ staff)

1. ข้อมูลผู้ป่วย	
ชื่อ-นามสกุล.....H.N.....AN. Ward.....	
สิทธิการรักษา	
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม
<input type="checkbox"/> ชำระเงินเองโดยเบิกจากต้นสังกัด	<input type="checkbox"/> ชำระเงินเองโดยไม่เบิกจากต้นสังกัด
2. ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
ขอความร่วมมือในการสั่งใช้ Human albumin ในภาวะที่มี Serum albumin < 2 g/dL เท่านั้น	
ข้อบ่งใช้	เกณฑ์เงื่อนไข
<input type="checkbox"/> 1. Hemorrhagic shock (Hypovolemic)	กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids หรือ non-protein colloids
<input type="checkbox"/> 2. Ascites, cirrhosis, Paracentesis & Spontaneous bacterial peritonitis	มีเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ () 2.1 มีการเจาะน้ำในช่องท้อง > 5 ลิตร () 2.2 cirrhosis with spontaneous bacterial peritonitis: ascitic fluid PMN counts 250 cells/mm ³ (0.25 X 10 ⁹ /L), clinical suspicion of SBP, SrCr >1.5 mg/dL, BUN >30 mg/dL, or total bilirubin >4 mg/dL
<input type="checkbox"/> 3. Liver transplantation	มีเกณฑ์ครบทุกข้อดังนี้: plasma albumin < 2.5 g/dL, pulmonary capillary wedge pressure < 12 mmHg and Hct > 30%
<input type="checkbox"/> 4. Hepatorenal syndrome	
<input type="checkbox"/> 5. Plasmapheresis	กรณีแลกเปลี่ยนเลือด > 20mL/kg ใน 1 ครั้ง หรือ >20 mL/kg/week เมื่อมีการแลกเปลี่ยน >1 ครั้ง
<input type="checkbox"/> 6. Burn	กรณี burn >30% BSA และหลังจากให้ crystalloids ไปแล้ว 24 ชม.
<input type="checkbox"/> 7. Post cardiopulmonary bypass surgery	
<input type="checkbox"/> 8. Major surgery (Post-op เท่านั้น)	กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids
<input type="checkbox"/> 9. Acute nephropathy, Nephrosis, Nephrotic syndrome, Newborn	มีเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ () 9.1 ผู้ป่วยมีภาวะ hypovolemia /scrotal edema ในเด็ก/severe ascites ในเด็ก () 9.2 ผู้ป่วยมีภาวะ acute, severe peripheral or pulmonary oedema
<input type="checkbox"/> 10. Hemodialysis	ที่มีปัญหา Hemodynamic instability และมี serum albumin < 2.5 g/dL
<input type="checkbox"/> 11. Cerebral ischemia or hemorrhage (Post-op เท่านั้น)	
<input type="checkbox"/> 12. ALI /ARDS	ในผู้ป่วยที่มีภาวะ hypoalbumin
** โปรดระบุค่าผลตรวจ Serum albuming/dL วันที่.....	
3. ยาที่สั่งใช้ 20 % Human albumin ขนาด.....จำนวนขวด/วัน	
วันที่.....ถึง.....	
ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ	
ลงนามแพทย์ staff ผู้สั่งใช้ยา.....วันที่/...../.....	

กรณีที่ใช้ไม่ตรงเกณฑ์ให้เสนอขออนุมัติต่อตามลำดับ.....

1.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก
.....
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....

2.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก
.....
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....

กรณีเร่งด่วน แพทย์ผู้สั่งใช้ โทรปรึกษาและขออนุมัติจากหัวหน้ากลุ่มงานและรองผู้อำนวยการ ท้องยาจึงจะจ่ายยาให้ก่อน