

## แบบบันทึกประกอบการสั่งจ่ายยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Paracetamol infusion solution-1 gm/100 ml (Infulgan®) (NED-สั่งใช้เฉพาะ Staff)

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

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

สิทธิการรักษา

☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

☐ รัฐวิสาหกิจ/เบิกต้นสังกัด

☐ ชำระเงินเอง

☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

☐ ประกันสังคม

### ◆ ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา Infulgan® ทุกข้อ

ข้อห้ามใช้	ใช่	ไม่ใช่ (ใช้ได้)
1. ผู้ป่วยต้องไม่มีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยา Infulgan เช่น sulfite		
2. Severe hepatocellular insufficiency		
3. Asthma เนื่องจากมีส่วนประกอบของ sodium sulfite		

### ◆ เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยา (ต้องมีข้อมูลให้พร้อมตรวจสอบในเวชระเบียน และตรงตามเกณฑ์การสั่งใช้ข้อ 1 และ 2)

☐ 1 มีภาวะภูมิไวต่อยากลุ่ม NSAIDS ไม่สามารถใช้อยาลดปวดกลุ่ม NSAIDS หรือ

☐ 2 มีภาวะภูมิไวต่อยากลุ่ม Opioids ไม่สามารถใช้อยาลดปวดกลุ่ม Opioids

☐ 3 มีไข้สูงที่จำเป็นต้อง NPO หลังผ่าตัด

☐ 4 ผู้ป่วยเด็กภาวะไข้สูงและ/หรือมีอาการปวดที่จำเป็นต้อง NPO หลังผ่าตัด

☐ 5 ใช้สำหรับ short term treatment of pain syndrome in post surgical period (Multimodal analgesia)

### ◆ Paracetamol infusion solution ขนาดยาที่สั่งใช้.....

#### ขนาดยาแนะนำ

Term neonate และ infant < 1 ปี: 7.5–15 mg/kg/dose q 6 hr. (Max dose 60 mg/kg/24 hr.)

Child (≥2–12 ปี) และ ผู้ใหญ่ < 50 kg: 15 mg/kg/dose q 6 hr. หรือ 12.5 mg/kg/dose q 4 hr. (Max dose 75 mg/kg/24 hr.)

น้ำหนัก > 50 kg max single dose 100 ml (1 g) q 4-6 hr. (Max dose 4 g/day)

ผู้ป่วยไต CrCl ≤ 30 ml/min ควร IV interval q 6 hr.

Overall duration of treatment ไม่ควรเกิน 48-72 ชั่วโมง

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ .....

(.....)

แพทย์เฉพาะทางผู้สั่งใช้ยา ด้าน.....

วันที่...../...../.....

#### เอกสารอ้างอิง

1. Infulgan monograph

2. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. การระงับปวดเฉียบพลัน Clinical Guideline for Acute Postoperative Pain Management ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562

3. มหาวิทยาลัยนเรศวร. ใบกำกับการใช้ยา Infulgan.