แบบฟอร์มขอใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียชนิดต้องได้รับการอนุมัติก่อนใช้ยา (Pre-authorization)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (สำหรับพยาบาล)</u>

ชื่อ-สกุล... อายุ .... ปี น้ำหนัก.......... กก. HN..................... หอผู้ป่วย................

Scr. .... Crcl ....

สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ เบิกได้ ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ระบุ................................

<u>ส่วนที่ 2 (สำหรับแพทย์ผู้สั่งใช้) ผู้มีสิทธิ์ในการสั่งใช้คือแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาเท่านั้น</u>

ระยะเวลาที่ต้องการใช้ยา ....วัน (ไม่เกิน 14 วัน)

☐ 1. **Colistin inj (150 mg/vial) ขนาดยา**...

<u>ข้อบ่งใช้</u> ☐ 1.1. โรคติดเชื้อแกรมลบที่ดื้อต่อ Carbapenem, Cephalosporins, Aminoglycoside, ß-lactamase inhibitor., และ Fluoroquinolones

☐ 1.2. สงสัยว่ามีการติดเชื้อแกรมลบที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่ม Carbapenems และอยู่ระหว่างการเพาะเชื้อ

☐ 1.3. ข้อบ่งใช้อื่นๆ โปรดระบุ...

☐ 2. **Ertapenem (1 g/vial) ขนาดยา**...

<u>ข้อบ่งใช้</u> ☐ 2.1. การติดเชื้อรุนแรงจากแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อยา Cephalosporins รุ่นที่ 3 (Cef-3/ Cefotaxime/ Ceftazidime) และไวต่อยากลุ่ม Carbapenems

*** ไม่ Cover เชื้อ *A.baumannii และ P. aeruginosa* ***

☐ 2.2. ข้อบ่งใช้อื่นๆ โปรดระบุ ....

☐ 3. **Levofloxacin (750 mg/vial) ขนาดยา**...

<u>ข้อบ่งใช้</u> ☐ **3.1** โรคติดเชื้อแกรมลบที่ดื้อต่อ Carbapenem, Cephalosporins, Aminoglycoside, ß-lactamase inhibitor. *ได้แก่ เชื้อก่อโรค Stenotrophomonas spp.*

☐ 3.2 ข้อบ่งใช้อื่นๆ โปรดระบุ ....

<u>ส่วนที่3 การเก็บสิ่งส่งตรวจ</u> ○ Sputum ○ Urine ○ Blood ○ Pus ○ อื่นๆ ระบุ................

<u>ผลการเพาะเชื้อ</u>...

ลงชื่อ..**แพทย์ผู้สั่งใช้ยา ว/ด/ป**......................

<u>ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์ผู้อนุมัติ (อายุรแพทย์)</u>

○ ไม่อนุมัติ เหตุผล...

○ อนุมัติ จำนวน...........................วัน เริ่มวันที่...

****หมายเหตุ:*

Levofloxacin inj ต้องได้รับการอนุมัติใช้ยาโดยอายุรแพทย์สาขาระบบทางเดินหายใจเท่านั้น

ลงชื่อ..**แพทย์ผู้อนุมัติ ว/ด/ป**......................

ฉบับแก้ไข 14 ธันวาคม 2565