

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (Drug Use Evaluation; DUE)

โรงพยาบาลขอนแก่น

ยา Parecoxib 40 mg (Dynastat® IM/IV): NED4
(ผู้ป่วยต้องชำระค่ายาทุกราย ไม่สามารถเบิกชดเชยได้)

I. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล..... H.N..... AN.....

Clinic/Ward.....

สิทธิการรักษา สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ บัตรทอง ประกันสังคม ชำระเงินเอง

II. ข้อบ่งใช้

Short term treatment for post - operative pain

Acute Pain

III. ยาที่ใช้

Parecoxib (Dynastat®)

แบบคัดกรองความปลอดภัยในการใช้ยา Parecoxib กรณีกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน		
ข้อพิจารณาก่อนสั่งใช้ยาฉีด Parecoxib (Dynastat®)	ใช่	ไม่ใช่
ข้อห้ามใช้ (Contraindication)		
1. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม Sulfonamides หรือ Aspirin		
2. ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ CABG/Stent		
3. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Heart Failure)		
4. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหลอดเลือดสมอง		
5. มีความผิดปกติของตับรุนแรง (Child-Pugh score >9)		
ผู้ป่วยที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง (Warnings and precautions)		
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โคลเลสเตอรอลสูง ผู้ป่วยเบาหวาน สูบหรี่		
2. ผู้ป่วยโรคตับ หรือโรคไต		

IV. ขนาดยาและวิธีการให้ยา:

ฉีดได้ครั้งละไม่เกิน 40 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 วัน จำนวนยาที่ใช้.....vial

IM IV

ฉีดครั้งเดียว 20 mg ฉีดครั้งเดียว 40 mg

ฉีด 40 mg ตามด้วย 20 หรือ 40 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 80 mg/day

ฉีด 20 mg ตามด้วย 20 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 40 mg/day (ผู้ป่วยอายุ ≥ 65 ปีที่น้ำหนักตัว <50 Kg หรือมีภาวะโรคตับระดับปานกลาง (Child-Pugh score 7-9))

คำแนะนำการฉีด: ห้ามผสมผงยาฉีด Dynastat® ในน้ำเกลือ หรือ RLS และห้ามผสมยาฉีด Dynastat® ร่วมกับ opioids ในกระบอกฉีดยาเดียวกัน

แพทย์ผู้สั่งยาต้องเป็น Staff เท่านั้น

แพทย์ผู้สั่งยา _____ รหัสแพทย์ _____

(_____)

วันที่ ____/____/____