Khon Kaen Hospital **ใบประกอบการสั่งจ่ายยา เพื่อติดตามกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ โรงพยาบาลขอนแก่น** Form 8/6/Phar

แบบที่ 3: Gastrointestinal drugs

รายการต่อไปนี้ กำหนดแพทย์ผู้สั่งจ่าย: แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา และเฉพาะกุมารแพทย์ระบบทางเดินอาหาร สำหรับผู้ป่วยเด็ก

Proton Pump Inhibitors (PPIs)	**เหตุผลที่เลือกใช้**
☐ **Lansoprazole 30 mg (Prevacid® FDT) 15 – 30 mg OD-BID**	O ใช้ Omeprazole แล้ว ไม่ได้ผล O ผู้ป่วยตั้งครรภ์ (Preg. Cat. B) O ใช้ร่วมกับยา Clopidogrel O ในเด็กเล็กที่เป็น GERD (ให้PO Omeprazoleได้ลำบาก) O ใช้ในผู้ป่วยที่ใส่สาย NG tube O อื่นๆ (ระบุ)……..

รายการต่อไปนี้ กำหนดแพทย์ผู้สั่งจ่าย:แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรมสาขาระบบทางเดินอาหารและตับ

Interferon		**เหตุผลที่เลือกใช้**
☐ **Preginterferon 50 mcg (Pegintron®)**	O Chronic Hepatitis B	O HBSAg (+) result ≥ 6 months O Serum ALT ≥ 1.5 upper limit of normal O evidence of active HBV viral replication O HBeAg (+) หรือ HBV DNA ≥ 20,000 IU/ml O HBeAg (-) และ HBV DNA ≥ 2,000 IU/ml
	O Chronic Hepatitis C	O อายุ 18 ปีขึ้นไป (เฉพาะเด็ก 2-17ปีให้ 1.5 mcg/kg หรือ 60 mcg/m2) O HCV RNA (+) result O Anti-HCV (+) O ปริมาณ HCV RNA…… O ชนิด HCV genotype…… O ผลการเจาะตับ มี significant fibrosis (Metavir ≥ 2) กรณี genotype 1, 4, 6 O เป็นโรคตับแข็งระยะเริ่มต้นหรือมี Child-Pugh score ≤ 10

การใช้ยานี้ **O เป็นการใช้ยาครั้งแรก** **O เป็นการใช้ยาต่อเนื่อง**

จำนวนยา **..... เม็ด/หลอด**

ลายเซ็นต์ แพทย์ ผู้สั่งจ่าย ……..……..…… (ว.) วันที่……/……/……

หมายเหตุ แพทย์ผู้สั่งจ่าย กรุณากรอกแบบรายการให้ครบถ้วน มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาตามคำสั่งการรักษา เนื่องจากเภสัชกรไม่สามารถจ่ายยาได้ ตามมติคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดครั้งที่ 7/2544, ปรับปรุงรายการตามมติที่ 3/2554

❤การใช้ยาที่เหมาะสม จะช่วยให้มีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล❤

Name of Patient	Age	HN	AN
Attending Physician	Ward/ห้องตรวจ	Department	

Gastrointestinal drugs