

แบบที่ 2 : COX2 ; Antiepileptics and Bone reglulating drugs

รายการต่อไปนี้ กำหนดแพทย์ผู้สั่งจ่าย: แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา

- Celecoxib 200 mg (Celebrex®) 200 - 400 mg daily เงื่อนไขประกอบ
- Etoricoxib 60 mg (Arcoxia®) 60 - 120 mg daily Dyspepsia/GU/PU/GERD
- ข้อบ่งชี้ Acute pain (OA Spine,.....) Allergic (cannot use non selective COX1)
- High risk for ADR (elderly, Underling PU/DU)

Pregabalin (Lyrica®) กำหนดแพทย์ผู้สั่งจ่าย: แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา

ผู้ป่วยมีโรคที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยานี้โดยเฉพาะ คือ

- Partial seizure (adjunct) 150 - 600 mg daily
- Neuropathic pain
- ผู้ป่วยใช้ยาในกลุ่ม 1st line แล้วไม่ได้ผล
- ผู้ป่วยทนต่ออาการข้างเคียง ของยากกลุ่ม 1st line ไม่ได้
- Fibromyalgia 150 - 450 mg daily

1 line: Amitriptyline; Nortriptyline
Gabapentin; Carbamazepine

อื่นๆ โปรดระบุ.....

รายการต่อไปนี้ กำหนดแพทย์ผู้สั่งจ่าย: ศัลยแพทย์โรคกระดูกและข้อ สูติรีแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและอายุแพทย์โรคข้อ

- 1st Line Alendronate (Fosamax®) 70 mg PO weekly ข้อบ่งชี้ Osteoporosis มี BMD < - 2.5 SD (DXA)
- Risedronate (Actonel®) 35 mg PO weekly Film LS-spine; wrist พบว่ามี osteoporosis
- Ibandronate (Bonviva®) 150 mg PO monthly Fragile bone fracture
- Zoledronic acid (Aclasta®) 5 mg IV drip yearly Clinical risk for osteoporotic fracture
- Calcitonin (Miacalcic® NS) 1 puff OD (2 ขวด/ใบสั่ง)
- Vitamin K2 (Glakay®) 15 mg TID PO PC
- 2st Line Strontium ranelate (Protaxos® 2 gm) 1sachet ODเมื่อ 1st Line ไม่ได้ผล or intolerate to 1 Line
- 3st Line Teriparatide (Forteo®) 20 mcg SC OD.....เมื่อ BMD < -4.0 SD or มี secondary spine or hip fracture

รายการต่อไปนี้ กำหนดแพทย์ผู้สั่งจ่าย : ศัลยแพทย์โรคกระดูกและข้อ และอายุรแพทย์โรคข้อ

- Glucosamine (Viartril-S®) 1500 mg/sachet PO OD ข้อบ่งชี้ Osteoarthritis knee
- Diacerein (Arthroda®) 50 mg PO bid Film มีพยาธิสภาพของ osteoarthritis knee
- Hyaluronic acid (Synvisc®) 16 mg/2ml intra-articularly weekly*3) หรือผ่านการรักษาโดย conservative Rx 6 wks
- Hyaluronic acid (Hyalgan®) 20mg/2ml week*3-5 ขอใบยาเฉพาะราย แล้ว ไม่ได้ขึ้น

การใช้ยานี้ เป็นการให้ยาครั้งแรก เป็นการให้ยาต่อเนื่อง
จำนวนยา เม็ด/หลอด

ลายเซ็น แพทย์ ผู้สั่งจ่าย (ว. วันที่/...../.....

หมายเหตุ แพทย์ผู้สั่งจ่าย กรุณากรอกแบบรายการให้ครบถ้วน มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาตามคำสั่งการรักษาเนื่องจากเภสัชกรไม่สามารถจ่ายยาได้

ตามมติคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดครั้งที่ 7/2544, ปรับปรุงรายการตามมติที่ 2/2554

การใช้ยาที่เหมาะสม จะช่วยให้มีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

Name of Patient

Age

HN

Attending Physician

Ward/ห้องตรวจ

Department