

Khon Kaen Hospital ใบประกอบการสั่งจ่ายยา Levetiracetam เพื่อติดตามกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรงพยาบาลขอนแก่น		Form 8/5 Phar	
ข้อมูลผู้ป่วย			
Diagnosis.....			
ยากันชักที่เคยได้ก่อนหน้ายากันชักที่ได้รับรวม			
ข้อบ่งชี้			
<input type="checkbox"/> Focal seizure; Adjunctive treatment		<input type="checkbox"/> Primary generalized or Tonic-clonic seizure; Adjunctive treatment	
<input type="checkbox"/> Myoclonic seizure; Adjunctive treatment		<input type="checkbox"/> Focal seizure, Monotherapy in newly diagnosed or untreated epilepsy	
<input type="checkbox"/> Other Seizure - Uncontrolled seizure		<input type="checkbox"/> Status epilepticus, Second-line	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
เหตุผลในการสั่งใช้ยา			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่เป็น first-line drug หรือยาที่ควรเลือกใช้ก่อน Levetiracetam <input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Sodium valproate <input type="checkbox"/> Carbamazepine <input type="checkbox"/> Clonazepam <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนจะตั้งครรภ์ หรือ กำลังตั้งครรภ์			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีการทำงานของตับบกพร่อง (ค่า ALT เพิ่มขึ้น 2 เท่า จาก upper control limit)			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ หรือ กรณีแพ้ยา หรือ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยากันชัก <input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Sodium valproate <input type="checkbox"/> Carbamazepine <input type="checkbox"/> Clonazepam <input type="checkbox"/> อื่น ๆ			
<input type="checkbox"/> พบ Drug interaction กรณีใช้ยาอื่นร่วม รายการยาที่พบ DI 1..... vs 2.....			
ขนาดยาที่ใช้ ระบุ			
ลายมือแพทย์ที่ได้รับอนุมัติตามมติ PTC..... เลข ว..... ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
รายการยาชนิดเม็ด			
Levetiracetam 500 mg tab KEPPRA®			
<input type="checkbox"/> ใช้ครั้งแรก		<input type="checkbox"/> ใช้ต่อเนื่อง	
จำนวนที่สั่งครั้งนี้.....			
"ผู้ป่วยนอก" ขอความร่วมมือผู้ป่วยบัตรทองอำเภอเมืองขอนแก่นให้ refill ทุก 2 เดือน นอกเขตให้ refill ทุก 1 เดือน"			
ลายมือแพทย์ที่ได้รับอนุมัติตามมติ PTC..... เลข ว..... ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
รายการยาชนิด syrup			
Levetiracetam syrup KEPPRA®			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยอายุ <12 ปี		<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง(NG/OG feeding)	
ลายมือแพทย์ที่ได้รับอนุมัติตามมติ PTC..... เลข ว..... ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
รายการยาชนิดฉีด			
<input type="checkbox"/> Levetiracetam 500 mg Injection generic		<input type="checkbox"/> Levetiracetam 500 mg Injection KEPPRA®	
ผู้ป่วยที่ใช้ยาชนิดฉีดต่อเนื่องต้องมีการยืนยันการใช้ยาทุก 7 วัน หากไม่มีการยืนยัน ห้องจ่ายยาจะหยุดจ่ายยา (Automatic STOP)			
DAY 4 แพทย์.....ว.....ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
DAY 7 แพทย์.....ว.....ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
DAY 14 แพทย์.....ว.....ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
DAY 21 แพทย์.....ว.....ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
วันที่ 28 ต้องการให้ยาต่อเนื่องให้ปรึกษาคุณยลมชกเพื่อประเมินการใช้ยา หากไม่มีการยืนยันการใช้ จะหยุดจ่ายยา (Automatic STOP)			
ผลการประเมินการใช้ยาจากคุณยลมชก.....			
ลายมือแพทย์ที่ผู้ประเมินจากคุณยลมชก..... เลข ว..... ว/ด/ป.ที่สั่งยา.....			
ตามมติ PTC การสั่งใช้ยาครั้งแรกผ่าน กุมารแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์ระบบประสาท ศัลยแพทย์ระบบประสาท หรือ กุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิด* เท่านั้น (*หมายเหตุ: กุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิดสามารถอนุมัติใช้ยาเฉพาะยาชนิด syrup เท่านั้น)			
Remed ต้องยืนยันโดยกุมารแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์ระบบประสาท หรือศัลยแพทย์ระบบประสาทเท่านั้น			
กรณีผู้ป่วยอายุกรรรมมารับยาฉุกเฉินสามารถปรึกษาแพทย์เวร stroke fast track อนุมัติใช้ยาและจ่ายยาได้ไม่เกิน 7 วัน			
การประเมินการใช้ยาของเภสัชกร			
การทำงานของไต ClCr.....			
ประเมินข้อบ่งชี้ <input type="checkbox"/> สอดคล้องตามเกณฑ์		<input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์	
ประเมินขนาดการรักษา <input type="checkbox"/> สอดคล้องตามเกณฑ์		<input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์	
ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> ADR.....		Naranjo's core.....	
ผลการรักษา <input type="checkbox"/> Improve		<input type="checkbox"/> Not Improve <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Dead	
เภสัชกรผู้ประเมิน..... เลข ภ..... ว/ด/ป.ที่ประเมิน.....			
Pharmacist note			
หมายเหตุ แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา กรุณากรอกแบบรายการให้ครบถ้วน มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาตามคำสั่งการรักษา			
เนื่องจากเภสัชกรไม่สามารถจ่ายยาได้ ตามมติคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ปรับปรุงรายการ เดือนมกราคม 2568			
Name of Patient		Age HN AN	
Attending Physician		Ward/ห้องตรวจ Department	
เอกสาร DUE 3.59			