

(ร่าง) แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid ชนิดกิน
เงื่อนไข โรคติดเชื้อ methicillin resistant *S. aureus* (MRSA)
และ Vancomycin-resistant Enterococci (VRE)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก : อนุมัติไม่เกิน 14 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| 1. ชื่อ..... | สกุล..... | 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง |
| 3. HN..... | 4. รหัสโรงพยาบาล..... | |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../..... | 7. อายุ.....ปี.....เดือน | |
| 8. สิทธิการรักษา ☐ สปสช. | ☐ ประกันสังคม | |
| ☐ สวัสดิการข้าราชการ | ☐ อื่นๆ | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../ 25.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|--|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | ☐ | ☐ |
| <u>กรณีติดเชื้อ MRSA ตอบข้อ 2 และกรณีติดเชื้อ VRE ตอบข้อ 3</u> | | |
| 2. <u>กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ MRSA</u> | ☐ | ☐ |
| ☐ กรณีผู้ป่วยนอก ☐ กรณีผู้ป่วยใน | | |
| 2.1 การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ MRSA (ภาครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้) | | |
| ☐ pneumonia ☐ bacteremia ☐ surgical site infection | | |
| ☐ prosthetic device infection คือ | ☐ อื่นๆ | |
| 2.2 ผลเพาะเชื้อขึ้นจาก | | |
| ☐ hemoculture วันที่/...../..... | | |
| ☐ สิ่งส่งตรวจ คือ | วันที่/...../..... | |
| 2.3 ดื้อต่อยา | | |
| ☐ vancomycin ☐ fusidic acid ☐ fosfomycin | | |
| ☐ co-trimoxazole ☐ อื่นๆ | | |
| 2.4 ผู้ป่วยเคยได้รับยาปฏิชีวนะ เรียงตามลำดับ | | |
| ขนานที่ 2 ชื่อยา | วันที่/...../25..... -/...../25..... | |
| ขนานที่ 3 ชื่อยา | วันที่/...../25..... -/...../25..... | |
| ขนานที่ 4 ชื่อยา | วันที่/...../25..... -/...../25..... | |

- 2.5 กรณีที่ไม่สามารถใช้ Vancomycin และ Fusidic acid ได้ เนื่องจาก
- 2.5.1 ☐ เชื้อดื้อยา Vancomycin ☐ เชื้อดื้อยา Fusidic acid
- 2.5.2 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา vancomycin และ/หรือยาอื่นแล้วอย่างน้อย 3 วัน โดยอาการทางคลินิกไม่ดีขึ้น ○ ○
- 2.5.3 ต้องการการรักษามากกว่า 14 วัน ด้วยยาเกินได้ แต่เชื้อดื้อยา Fusidic acid หรือได้ยา Fusidic acid + Rifampicin แล้วอาการไม่ดีขึ้นและผลเพาะเชื้อยังขึ้น MRSA อยู่ ○ ○
- 2.5.4 มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Vancomycin ดังต่อไปนี้ ○ ○
- ☐ ระดับ serum creatinine ก่อนได้รับยา = mg/dl วันที่/...../25....
- หลังได้รับยา = mg/dl วันที่/...../25....
- ☐ absolute neutrophil count/mm³ วันที่/...../25....
- ☐ ผู้ป่วยมีผื่นทั่วตัว ร่วมกับ มีตุ่มน้ำพอง หรือ แผลบริเวณเยื่อเมือก (ภาพถ่าย*) วันที่/...../25....
- ☐ ผู้ป่วยมี Steven-Johnson syndrome หรือ toxic epidermal necrolysis (ภาพถ่าย*) วันที่/...../25....
- ☐ อื่น ๆ ระบุอาการและความรุนแรง วันที่/...../25....
- * ภาพถ่ายบันทึกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประกอบการตรวจสอบ (ถ้ามี)
- 2.5.5 มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Fusidic acid ระบุอาการและความรุนแรง ○ ○
3. กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ VRE ○ ○
- 3.1 การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ VRE (ภาควิชาหมายทุกช่องที่เข้าได้)
- ☐ bacteremia ☐ urinary tract infection ☐ catheter-related infection
- ☐ อื่นๆ
- 3.2 ผลเพาะเชื้อขึ้นจาก
- ☐ hemoculture วันที่/...../.....
- ☐ ส่งตรวจ คือ วันที่/...../.....
- 3.3 ดื้อต่อยา vancomycin (แนบผลการเพาะเชื้อในเวชระเบียนเพื่อประกอบการตรวจสอบ) ○ ○
4. รายละเอียดการเบิกจ่ายยา
- ขนาดยาที่สั่งจ่าย มก. ต่อวัน
- ระยะเวลาที่สั่งจ่ายยา/...../..... ถึง/...../..... (ครั้งละไม่เกิน 14 วัน)

แพทย์ผู้สั่งจ่าย

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ
(.....)
ว

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ
(.....)

(ร่าง) แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid ชนิดกิน
เงื่อนไข โรคติดเชื้อ methicillin resistant *S. aureus* (MRSA)
และ Vancomycin-resistant Enterococci (VRE)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่ 2, 3, 4 : อนุมัติยา 28 วันและกรณีหยุดการใช้ยา
ให้กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|--|--|---|
| 1. ชื่อ..... | สกุล..... | 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง |
| 3. HN..... | 4. รหัสโรงพยาบาล..... | |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../..... | | 7. อายุ.....ปี.....เดือน |
| 8. สิทธิการรักษา | ☐ สปสช. | ☐ ประกันสังคม |
| | ☐ สวัสดิการข้าราชการ | ☐ อื่นๆ |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ / / 25.....

ใช่ ไม่ใช่

กรณีติดเชื้อ MRSA ตอบข้อ 1 และกรณีติดเชื้อ VRE ตอบข้อ 2

1. กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ MRSA

☐ ☐

การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ MRSA (กาเครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้)

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ pneumonia | ☐ bacteremia | ☐ surgical site infection |
| ☐ prosthetic device infection คือ | ☐ อื่น ๆ | |

2. กรณีใช้ยาเงื่อนไขโรคติดเชื้อ VRE

☐ ☐

การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ VRE (กาเครื่องหมายทุกช่องที่เข้าได้)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| ☐ bacteremia | ☐ urinary tract infection | ☐ catheter-related infection |
| ☐ อื่น ๆ | | |

3. การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์

3.1 ผลการเพาะเชื้อซ้ำ

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| ☐ ไม่มีการเพาะเชื้อ | ☐ มีการเพาะเชื้อ | วันที่ / / |
|--|---|------------------------------|

กรณีที่มีการเพาะเชื้อซ้ำ

- | | | |
|---|------------------------------|----------|
| ☐ Hemoculture | วันที่ / / | ผล |
| ☐ Specimen | วันที่ / / | ผล |

3.2 แพทย์ประเมินผลการรักษา

- ☐ ตอบสนองต่อการรักษาแบบสมบูรณ์ สามารถหยุดยาได้ วันที่/...../.....
- ☐ ตอบสนองต่อการรักษา โดยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง
- ☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาครั้งสุดท้าย วันที่/...../.....

3.3 อาการไม่พึงประสงค์จากยา Linezolid พร้อมระบุความรุนแรง

- ☐ ผื่นแพ้ยา ☐ ชาปลายประสาท ☐ ชีต ☐ เกล็ดเลือดต่ำ ☐ อื่นๆ
- ระบุความรุนแรง

4. ขนาดยาที่สั่งจ่าย มก.ต่อวัน

ระยะเวลาที่สั่งจ่ายยา/...../..... ถึง/...../..... (ครั้งละไม่เกิน 28 วัน)

- หมายเหตุ: 1. กรณีเปลี่ยนจาก Vancomycin เป็น Linezolid ให้นับวันรักษาต่อจากเดิม เช่น เป้าหมายการรักษา 14 วัน ใช้ Vancomycin มาแล้ว 7 วัน เมื่อเปลี่ยนเป็น Linezolid ก็จะนับเป็นวันที่ 8-14
2. กรณีเปลี่ยนไปใช้ Linezolid เพื่อรักษาเชื้อดื้อยาหรือเมื่อการรักษาด้วยยาอื่นไม่ได้ผล ให้เริ่มนับวันรักษาใหม่ เช่น เป้าหมายการรักษา 12 สัปดาห์ ใช้ยา Fusidic acid + Rifampicin มาแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าดื้อยา จึงเปลี่ยนมาใช้ Linezolid การให้ Linezolid ต้องเริ่มนับเป็น วันที่ 1 และให้ยาต่อเนื่องไปจนครบ 12 สัปดาห์

แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)