

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Linezolid tablet
ข้อบ่งใช้โรคติดเชื้อ Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE)
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุตามบัญชียาหลังแห่งชาติ)

	ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ชื่อ-สกุล..... 2. HN.....
	4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม 3. AN..... ☐ สวัสดิการรักษายาบาลราชการ ☐ อื่นๆระบุ
	5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ:ปี.....เดือน
	8. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 9. รหัสโรงพยาบาล.....
	10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 11. Authorization number.....
	12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง (เฉพาะผู้ป่วยเด็ก) ความสัมพันธ์.....

	ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา
แพทย์	ก. กรณีอนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรกวันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....
	ใช่ ไม่ใช่
	1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ☐
	2. เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ VRE โดยมีผลเพาะเชื้อจากเลือดหรือตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ ☐ ☐ พบเชื้อ VRE (หมายเหตุ การตรวจพบเชื้อ VRE จาก non-sterile site ส่วนใหญ่ไม่ใช่เชื้อก่อโรค จะให้การรักษาเมื่อมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับการติดเชื้อ)
	3. ขนาดยา linezolid tablet ที่ใช้.....มิลลิกรัม/วัน จำนวน.....เม็ด (ขนาดยาปกติที่ใช้ในผู้ใหญ่ 600 มก.วันละ 2 ครั้ง) ขนาดยาที่แนะนำในเด็ก คือ 10 มก./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก 8 ชั่วโมงในเด็กอายุตั้งแต่ 7 วันถึงน้อยกว่า 12 ปี และอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปให้ขนาดเท่าผู้ใหญ่ คือ 600 มก.วันละ 2 ครั้ง ระยะเวลาในการใช้ linezolid สำหรับการติดเชื้อ VRE กรณีรักษาโรคติดเชื้อ VRE โดยทั่วไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ยกเว้นการติดเชื้อที่มีฝีหนองร่วมด้วย อาจจำเป็นต้องให้ยานานกว่านั้น ร่วมกับการตัดฝีหนองออก

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 (.....)
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ
 วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ
 (.....)
 ตำแหน่ง
 วันที่/...../.....