

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (DUE)
โรงพยาบาลสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี
ชนิดยา Azithromycin Capsule 250 MG

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล..... HN..... AN.....
Clinic/Ward.....
สิทธิการรักษา สิทธิข้าราชการเบิกกรมบัญชีกลาง ประกันสังคม บัตรทอง อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อบ่งใช้

- Acute infective exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (Moderate to severe)
- Acute otitis media
- Bacterial conjunctivitis, Acute sinusitis (Moderate to severe)
- Streptococcal pharyngitis
- Community acquired pneumonia (Moderate to severe)
- Gonorrhea urethritis or cervicitis
- Nongonococcal cervicitis or urethritis
- Pelvic inflammatory disease
- Uncomplicated infection of skin AND/OR subcutaneous tissue
- Chancroid
- Prevention of disseminated infections caused by MAC in patients with advanced HIV
- อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ลักษณะการใช้

- Unknown/Empirical therapy
- Specific therapy (culture proven) : เชื้อ

ส่วนที่ 4 คำสั่งใช้ยา

ขนาดยาที่ใช้

จำนวน

Azithromycin 250 mg

หมายเหตุ ควรรับประทานยา 1 ชั่วโมง ก่อนอาหาร หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง เพราะอาหารจะลด bioavailability ลงอย่างน้อย 50%

แพทย์ผู้สั่งจ่าย _____
(_____)

วันที่ ____/____/____

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (DUE)
โรงพยาบาลสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี
ชนิดยา Atorvastatin 40 mg

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล..... HN..... AN.....
Clinic/Ward.....
สิทธิการรักษา สิทธิข้าราชการเบิกกรมบัญชีกลาง ประกันสังคม บัตรทอง อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อบ่งใช้ (อย่างน้อย 1 ข้อ)

- เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Simvastatin โปรดระบุอาการ
 - ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
 - AST, ALT เกินค่าปกติ (AST 5-35, ALT 8-40)
 - CPK เกินค่าปกติ (ชาย 25-284, หญิง 25-150)
- ได้รับความร่วมมืออาจเกิด Drug interaction กับ Simvastatin
 - Erythromycin
 - Clarithromycin
 - HIV protease inhibitors
 - Gemfibrozil
 - อื่นๆ ระบุ.....
- ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย Simvastatin มาแล้ว 1-2 ปี
- ผู้ป่วยเดิมที่เคยใช้ Atorvastatin อยู่เดิมและสามารถคุมระดับ LDL ได้ตามเป้าหมาย
- อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 คำสั่งใช้ยา

	ขนาดยาที่ใช้	จำนวน
Atorvastatin 40 mg	_____	_____

แพทย์ผู้สั่งจ่าย _____
(_____)

วันที่ _____ / _____ / _____

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (DUE)
 โรงพยาบาลสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี
 Ceftazidime injections

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล..... HN..... AN.....

ส่วนที่ 2 ข้อบ่งใช้

• Empiric therapy

- สงสัยการติดเชื้อ *Ps. Aeruginosa*
 - () Low immunity
 - DM CA HIV Immunosuppressant CAPD with peritonitis
 - ร่วมกับข้อ i หรือ ข้อ ii
 - i. Long term hospital patient ii. Catheter
 - () Bacterial meningitis
 - () Pneumonia, HAP/VAP last onset
 - () Complicated intra-abdominal infections

สงสัยการติดเชื้อ *B. Pseudomallei*

ได้รับยา Ceftriaxone injections ติดต่อกันนานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น

• Specific therapy

- รับการรักษาต่อจาก รพท./รพศ.
- สำหรับเชื้อ *Ps. Aeruginosa* ที่มีผลเพาะเชื้อ
- สำหรับเชื้อ *B. Pseudomallei* ที่มีผล melioid titer

ส่วนที่ 3 คำสั่งใช้ยา

CrCl (mL/minute)	If recommend dose 1 g every 8 hours	If recommend dose 2 g every 8 hours
> 50	<input type="checkbox"/> 1 g every 8 hours	<input type="checkbox"/> 2 g every 8 hours
31 – 50	<input type="checkbox"/> 1 g every 12 hours	<input type="checkbox"/> 2 g every 12 hours
16 – 30	<input type="checkbox"/> 1 g every 24 hours	<input type="checkbox"/> 2 g every 24 hours
≤ 15	<input type="checkbox"/> 500 mg every 24 hours	<input type="checkbox"/> 1 g every 24 hours

ส่วนที่ 4 ประเมินความเหมาะสม

เหมาะสม ไม่เหมาะสม สาเหตุ.....

แพทย์ผู้ส่งจ่าย _____
 (_____)

วันที่ ____/____/____