

## แบบบันทึกขอให้อาต้านจุลชีพ ๖ รายการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวหิน (FORM ๑)

ส่วนที่ ๑ (สำหรับเจ้าหน้าที่ / พยาบาล) วันที่บันทึก .....		
ชื่อผู้ป่วย..... อายุ .....ปี HN.....หอผู้ป่วย .....		
ส่วนที่ ๒ (สำหรับแพทย์)		
Diagnosis(การวินิจฉัยสำหรับการใช้ยาต้านจุลชีพควบคุม ๖ รายการโปรดระบุการวินิจฉัย) .....		
หากวินิจฉัย SEPSIS ให้ระบุ (ต้องมีหลักฐาน $\geq 2$ ข้อ: SIRs และต้องส่งผลเพาะเชื้อในเลือด H/C II )		
<input type="checkbox"/> BT $\geq 38$ องศาเซลเซียส หรือ $\leq 36$ องศาเซลเซียส	<input type="checkbox"/> RR $\geq 24$ ครั้ง/นาที	
<input type="checkbox"/> HR $\geq 90$ ครั้ง/นาที	<input type="checkbox"/> WBC $\geq 12,000$ หรือ $\leq 4,000$ cell/เซลล์/ลบ.	
*และต้องส่งผลเพาะเชื้อในเลือด ๒ ขวด(โปรดระบุวันที่ส่ง specimen.....)		
ส่วนที่ ๓ (สำหรับแพทย์) รายการยาที่ควบคุมการสั่งใช้ยา		
ข้อแนะนำการใช้ยา	รายการยา	ระบุขนาดยาที่สั่งใช้
ใช้สำหรับโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดจากแบคทีเรียรูปแท่งแกรมลบที่ดื้อยาหลายชนิด(MDR) ซึ่งควรมีผลการทดสอบความไวทางห้องปฏิบัติการมายืนยัน	<input type="checkbox"/> ๑. ***Meropenem ๑ g inj (๒๒๐ บาท/vial), ๕๐๐ mg inj (๑๘๒ บาท/vial)	
เงื่อนไขเดียวกับ Meropenem inj	<input type="checkbox"/> ๒. ***Imipenem ๕๐๐ mg inj (๓๙๒.๕๐บาท/ vial)	
ใช้สำหรับโปรดระบุ <input type="checkbox"/> สงสัยติดเชื้อดื้อยาแกรมบวก สำหรับผู้ป่วยแพ้ยา Vancomycin หรือมีข้อจำกัดในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยมีไตวายเฉียบพลัน (ขนาดการใช้ยา ๔ g iv drip in ๒ hr q ๑๒ hr) <input type="checkbox"/> ใช้กรณีติดเชื้อดื้อยาแกรมลบ( $\pm$ combination ยาด้านจุลชีพกลุ่มอื่น) (ขนาดการใช้ยา ๔ g iv drip in ๒ hr q ๘ hr) <input type="checkbox"/> ใช้ Prophylaxis ก่อนผ่าตัดได้ไม่เกิด ๒ - ๓ วัน หมายเหตุ: <input checked="" type="checkbox"/> เชื้อแกรมบวกดื้อยา (S.aureus,S.epidermidis,Streptococcus spp.,Enterococcus spp) <input checked="" type="checkbox"/> เชื้อแกรมลบดื้อยา (CRE,P.aeruginosa,Carbapenm-resistant A.baumannii,ESBL) <input checked="" type="checkbox"/> ใช้ในการติดเชื้อ Methicillin Resistant S. aureus (MRSA) ที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลาง	<input type="checkbox"/> ๓. ***Fosfomycin ๔ g inj (๔๔๔บาท/vial) <input type="checkbox"/> โปรดระบุ ชื่อและวิธีการใช้ของยาต้านจุลชีพอื่นที่ใช้ร่วม..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ยาต้านจุลชีพอื่นร่วม	
ใช้สำหรับโปรดระบุ <input type="checkbox"/> ใช้กรณี empirical ในผู้ป่วยมี risk factor ในการติดเชื้อ ESBL เฉพาะในการติดเชื้อใน urine และติดเชื้อในช่องท้องเฉพาะระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลางเท่านั้น) <input type="checkbox"/> ใช้กรณี Documented Therapy สำหรับเชื้อที่สร้าง ESBL(Extended spectrum beta-lactamase)	<input type="checkbox"/> ๔. Ertapenem ๑ g inj (๑,๑๔๓ บาท/vial)	
ใช้สำหรับการติดเชื้อกรัมลบที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenems	<input type="checkbox"/> ๕. ***Colistin ๑๕๐ mg inj (๒๒๕บาท/vial)	
ใช้สำหรับการติดเชื้อ Methicillin Resistant S. aureus (MRSA) ที่รุนแรง หรือการติดเชื้อ methicillin resistant S. epidermidis (MRSE)	<input type="checkbox"/> ๖.*** Vancomycin ๕๐๐ mg inj(๕๕ บาท/vial)	
*** แนะนำให้พิจารณา loading dose		
โปรดระบุข้อบ่งใช้ (มีให้เลือก ๒ แบบดังนี้)		
<input type="checkbox"/> ๑. Empirical Therapy* (ให้เลือกเหตุผลข้อย่อยดังนี้) ๑.๑ <input type="checkbox"/> Severe Hospital Acquired Infection ๑.๒ <input type="checkbox"/> สงสัยติดเชื้อดื้อยาหลายชนิด MDR หรือ ESBL ๑.๓ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... โปรดระบุ Risk Factor หากเลือกแบบ Empirical Therapy* Risk Factorให้ระบุปัจจัยเสี่ยง เฉพาะเลือกข้อบ่งใช้แบบ Empirical Therapy* <input type="checkbox"/> มีประวัติการนอนโรงพยาบาลภายใน ๓ เดือนก่อนการ Admit ครั้งนี้ <input type="checkbox"/> มีประวัติการใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่ม ๓ rd / ๔ th Cephalosporins <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว DM,COPD,HIV, มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด,ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหรือSteroid <input type="checkbox"/> ไม่มีปัจจัยเสี่ยง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ๒. Document Therapy** (ให้ระบุ specimenที่ส่งตรวจและเชื้อที่ตรวจพบ) ๒.๑ specimenที่ส่งตรวจโปรดระบุ <input type="checkbox"/> Hemo <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ ..... ๒.๒ โปรดระบุ เชื้อที่ตรวจพบ.....ผลเพาะเชื้อออกวันที่..... ๒.๓ อื่นๆระบุ.....	
ส่วนที่ ๔ (สำหรับแพทย์)		
โปรดระบุ ☺☺☺☺☺ลายเซ็นต์แพทย์ที่สั่งใช้..... ชื่อแพทย์ STAFF ที่ consult.....		
* ลายเซ็นต์แพทย์ STAFF * (ภายใน ๓ วัน).....		
*แผนกอื่นปรึกษา STAFF MED ลายเซ็นต์แพทย์ STAFF MED * ( ใช้ยาต้านจุลชีพ ๖ รายการ ได้ ๕วันแล้วอาการทางคลินิกไม่ดีขึ้น).....		
ส่วนที่ ๕ (เภสัชกร) ตรวจสอบความเรียบร้อย เภสัชกร(ครั้งแรก).....เภสัชกร (รอลายเซ็นต์STAFF).....		
* Empirical Therapy : ส่งผล culture และให้ยาก่อนโดยคาดเดาอย่างมีเหตุผล **Document Therapy : ทราบผลเพาะเชื้อแล้วจึงให้ยา		

