

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย	
ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุปี หอผู้ป่วย.....	HN AN สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> หลักระกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ
ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน <input type="checkbox"/> และเติมข้อความ	
ยาต้านจุลชีพที่ต้องการใช้	ข้อบ่งใช้ของยา
<input type="checkbox"/> Piperacillin-Tazobactam (ง.) ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ปี	<input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่สงสัยว่าเกิดจาก <i>P. aeruginosa</i> ระหว่างรอผลการตรวจหาเชื้อ <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อรุนแรงที่เกิดในโรงพยาบาล (Suspected serious nosocomial infection) <input type="checkbox"/> รักษาผู้ป่วย Febrile neutropenia และสงสัยว่าเกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อยา กลุ่ม Cephalosporins, Aminoglycosides และ Fluoroquinolone <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Cefoperazone-sulbactam (ง.) ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ปี	<input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อที่สงสัยว่าเกิดจาก <i>P. aeruginosa</i> ระหว่างรอผลการตรวจหาเชื้อ <input type="checkbox"/> รักษาผู้ป่วย Febrile neutropenia และสงสัยว่าเกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อยา กลุ่ม Cephalosporins, Aminoglycosides และ Fluoroquinolone <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Ampicillin- sulbactam ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ปี	<input type="checkbox"/> ผลเพาะเชื้อแสดงว่าไวต่อ Ampicillin- sulbactam และดื้อต่อยาอื่นที่ออกฤทธิ์แคบกว่า <input type="checkbox"/> รักษาผู้ป่วย Febrile neutropenia และสงสัยว่าเกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ ที่ดื้อต่อ Cephalosporins หรือ Aminoglycosides <input type="checkbox"/> ใช้ร่วมกับยาอื่นในการรักษาแบคทีเรียแกรมลบดื้อยา <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<input type="checkbox"/> Fosfomycin (ง.) ขนาดยาที่สั่ง..... eGFR วันที่สั่งยา วัน..... เดือน ปี	<input type="checkbox"/> ใช้สำหรับรักษาติดเชื้อ Methicillin-Resistant <i>S. aureus</i> (MRSA) ที่มีอาการรุนแรงน้อยหรือปานกลางโดยใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อป้องกันการดื้อยา <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบดื้อยา โดยใช้ร่วมกับยาอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค <input type="checkbox"/> ไม่ได้เก็บ <input type="checkbox"/> เก็บ คือ <input checked="" type="radio"/> Blood <input checked="" type="radio"/> Sputum <input checked="" type="radio"/> Pus <input checked="" type="radio"/> Urine <input type="radio"/> อื่นๆ เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> รอผลการตรวจ <input type="checkbox"/> พบ <input checked="" type="radio"/> <i>S. aureus</i> <input checked="" type="radio"/> <i>P. aeruginosa</i> <input checked="" type="radio"/> <i>A. baumannii</i> <input checked="" type="radio"/> ESBL -ve <i>E. coli/ K. pneumoniae</i> <input checked="" type="radio"/> ESBL + ve <i>E. coli/ K. pneumoniae</i> <input checked="" type="radio"/> Other	
ส่วนที่ 3 คำรับรองของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ข้าพเจ้าเห็นสมควรใช้ยาข้างต้นครั้งแรกนาน วัน (ไม่เกิน 3 วัน) ลงนาม..... (.....)	ส่วนที่ 4 เภสัชกร วันที่จ่ายยา ลงนาม..... (.....)
ส่วนที่ 5 ความเห็นของผู้ที่ได้รับมอบหมาย <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อจนครบระยะเวลาการรักษา <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อ วัน จนถึงวันที่ เมื่อครบกำหนด ให้ส่งใบนี้มาเพื่อขอรับการอนุมัติเพื่อใช้ยาต่อ <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อ วัน จนถึงวันที่ ลงนาม <input type="checkbox"/> อนุมัติใช้ยานี้ต่อ วัน จนถึงวันที่ ลงนาม <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติใช้ยานี้ต่อ <input type="checkbox"/> ควรปรับเปลี่ยนยานี้เป็นยา..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ลงนาม	

ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา เดือน ต.ค. 65 – เม.ย.66

