

แบบประกอบการสั่งใช้ยาตา

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีระยอง

เนื่องด้วยผลการประชุมเภสัชกรรมและการบำบัด ครั้งที่1/2564 มีมติให้ยาสำหรับคลินิกตา ใช้เฉพาะจักษุแพทย์เท่านั้น

ทั้งนี้ข้าพเจ้า นพ./พญ..... มีความประสงค์ใช้ยา

- Dexamethasone+ Neomycin sulfate +Polymyxin B sulfate (Maxitrol[®]) Eye Oint. 3.5 g
- Fluorometholone (Flarex[®]) susp. ED 0.1% in 5 ml
- Prednisolone ED 1% in 5 ml
- Methylprednisolone 1% ED
- Atropine sulfate ED 1% in 5 ml
- Acetazolamide tab 250 mg
- Bimatoprost ED 0.01% in 3 ml
- Tafluprost Opth Soln 0.0015% (0.3ml)
- Brimonidine tartrate ED 0.2% in 5 ml
- Timolol ED 0.5% in 5 ml
- Dorzolamide HCL 2% + Timolol maleate 0.5% ED
- Hypromellose + Dextran 70 (Tears naturale free[®]) in 0.8 ml
- Carbomer+Sorbitol+Cetrimide (Visidic[®]) Eye gel 0.2+4+0.01 % 10g
- Sodium Hyaluronate 0.18% ED 0.3 ml /Neb
- Cyclosporine 1 mg/ml ED emulsion 0.3 ml
- Olopatadine 0.1% ED 5 ml
- Ceftazidime 50mg/ml ED (5 ml)
- Levofloxacin 1.5% ED 5 ml
- Moxifloxacin (Vigamox[®]) ED 0.5% in 5 ml
- Amikacin 20mg/ml ED (5 ml)
- Natamycin ๕% ED ๑๕ ml
- Amphotericin B 0.1% ED (10 ml)
- Vancomycin Forte ED 50 mg/ml
- Cefazolin ED 50mg/ml (5ml)
- Mitomycin-C (Vesimycin[®]) powd for inj 2 mg/mL (เพิ่มเติมใหม่)
- Bevacizumab (Avastin[®]) Sterile sol 1.25 mg/0.05 ml (เพิ่มเติมใหม่)

แก่ผู้ป่วยชื่อ..... นามสกุล..... HN/AN.....

Diagnosis.....

ในการนี้ได้ปรึกษาจักษุแพทย์แล้ว

ปรึกษาจักษุแพทย์ พญ.อภิชญา ปภิรัชนาท

พญ.จอมขวัญ เสงส์สวัสดิ์

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

วันที่...../...../.....