

แบบประกอบการสั่งใช้ยา Azithromycin inj 500 mg/vial
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย.....HN..... AN..... Admit date..... Ward.....
SCr (start date) mg% CrCl male = (140 – age.....yr x BW.....kg) / SCr..... mg% x72 =.....mL/min (for female CrCl x 0.85) วิธีใช้.....จำนวน.....vial (.....day) cost = 700 .x..... =.....บาท ยาปฏิชีวนะที่เคยใช้มาก่อน.....
Site of infection <input type="checkbox"/> lung <input type="checkbox"/> urinary tract <input type="checkbox"/> skin & soft tissue <input type="checkbox"/> joint <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> intra-abdominal <input type="checkbox"/> other ระบุ..... ติดเชื้อจาก <input type="checkbox"/> ภายในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ภายนอกโรงพยาบาล การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> Gram stain <input type="checkbox"/> urine c/s <input type="checkbox"/> Hemoculture <input type="checkbox"/> Sputums c/s <input type="checkbox"/> Pus c/s <input type="checkbox"/> Ascties c/s <input type="checkbox"/> synovial c/s <input type="checkbox"/> Melioidosis titer <input type="checkbox"/> other ระบุ.....
ข้อบ่งใช้ <input type="checkbox"/> Empirical therapy : ยังไม่รู้เชื้อสาเหตุ ใช้เมื่อ consult อายุรแพทย์เท่านั้น (โปรดระบุแพทย์ อายุรกรรมที่รับ consultวันที่.....) <input type="checkbox"/> Suspected Atypical bacterial infection (Serious infection) <input type="checkbox"/> Suspected rickettsiosia infection (Serious infection) เจ็บไขตามบัญญัติหลักแห่งชาติ ปี 61 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> Documented therapy <input type="checkbox"/> ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Atypical bacterial infection <input type="checkbox"/> ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ rickettsiosia infection โดยพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....
Dosage Dose for adult <input type="checkbox"/> Usual dose 500 mg od Dose for children <input type="checkbox"/> Usual dose 10 mg/kg/day

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....
 วันที่...../...../.....

- การขออนุมัติครั้งที่ 1 : กรณีใช้ยา 7 วัน
 ปรึกษาอายุรแพทย์..... (รับทราบยินยอมให้ใช้ได้)
 วันที่/...../.....
- การขออนุมัติครั้งที่ 2 : กรณีใช้ยามากกว่า 7 วัน
 ปรึกษาอายุรแพทย์..... (รับทราบยินยอมให้ใช้ได้)
 วันที่/...../.....

หมายเหตุ

- ราคา Azithromycin inj 500 mg/vial ราคา 700 บาท
- เจ็บไข เบิกใช้ได้เมื่อปรึกษาอายุรแพทย์และยินยอมให้ใช้ได้
- แพทย์ต้องกรอกใบประกอบการใช้ยาทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา
- ถ้ายังไม่มีใบประกอบการใช้ยากลุ่มงานเภสัชกรรมอนุมัติก่อนจ่ายยาให้ก่อนสำหรับ 24 ชั่วโมงแรก