

## แบบการประเมินการใช้ยากลุ่ม Statin

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

### ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN..... อายุ.....ปี

สิทธิการรักษา.....

Diagnosis/Underlying disease.....

### ยาที่ต้องการ

Atorvastatin ( Lipitor ) 40 mg

### เหตุผลประกอบการใช้ยา (อย่างน้อย 1 ข้อ)

1. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Simvastatin โปรดระบุอาการ
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
  - AST, ALT เกินค่าปกติ (AST 5-35, ALT 8-40)
  - CPK เกินค่าปกติ (ชาย 25-284 ,หญิง 25 -150)
2. ได้รับยาร่วมที่อาจเกิด Drug interaction กับ Simvastatin
- Itraconazole       Ketoconazole       Erythromycin
  - Clarithromycin       HIV protease inhibitors       Gemfibrozil
  - อื่นๆ
3. ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย simvastatin มาแล้ว 6 เดือน
4. ผู้ป่วยเดิมที่เคยใช้ Atorvastatin เดิมอยู่และคุม LDL ได้ตามเป้าหมาย
5. อื่นๆ โปรดระบุ .....

( ..... )

แพทย์ผู้สั่งจ่าย

วันที่.....