

## แบบประกอบการสั่งใช้ยา Tigecycline

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย.....HN..... AN..... Admit date..... Ward.....
SCr (start date) ..... mg% CrCl male = $(140 - \text{age} \dots \text{yr} \times \text{BW} \dots \text{kg}) / \text{SCr} \dots \text{mg\%} \times 72 = \dots \text{mL/min}$ (for female CrCl x 0.85) วิธีใช้.....จำนวน.....vial (.....day) cost = 202.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.....
<b>ข้อบ่งชี้</b> <input type="checkbox"/> Empirical treatment ยังไม่รู้เชื้อสาเหตุ ใช้เมื่อ consult อายุรแพทย์เท่านั้น (consult เมื่อ.....) [ ] กรณีสงสัยว่า มีการติดเชื้อ Multidrug-resistance (MDR) <i>Acinetobacter baumannii</i> <input type="checkbox"/> Documented therapy ตรวจพบเชื้อ [ ] เชื้อแบคทีเรียแกรมลบคือยา Colistin ที่ไวต่อยา Tigecycline [ ] เชื้อแบคทีเรียแกรมลบคือยาในกลุ่ม Carbapenems, Cephalosporin, Aminoglycosides, Beta-Lactam Beta-lactamase Inhibitors และ Fluoroquinolones ที่ไวต่อยา Tigecycline และข้อมีจำกัดการใช้ยา Colistin (เช่น ไตวาย) โดยพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....
<b>Unacceptable use</b> 1. Treatment of <i>Pseudomonas aeruginosa</i> or <i>Proteus</i> spp. Infection. 2. Urinary tract infection (low urinary concentration)
<b>Dosage</b> <b>Dose for adult</b> <input type="checkbox"/> 100 mg IV once Followed by 50 mg IV every 12 hours for 7 to 14 days (depending on the severity and site of infection), <b>Dose for Hepatic impairment</b> <input type="checkbox"/> Child-Pugh A and B: No dosage adjustment is necessary <input type="checkbox"/> Child-Pugh C: Initial dose, 100 mg once IV followed by 25 mg IV every 12 hours <b>Dose for children</b> (< 18 years: Safety and efficacy not established) If no available alternative antibacterial agents, the following dosages (based on limited pharmacokinetic data). <input type="checkbox"/> 8 to 11 years: 1.2 mg/kg IV every 12 hours; MAX 50 mg/dose <input type="checkbox"/> 12 to 17 years: 50 mg IV every 12 hours

**หมายเหตุ**

- ราคา Tigecycline injection 50 mg ราคา 2,190 บาท
- เจือไน้ เบิกใช้ได้เมื่อปรึกษาอายุรกรรมและยินยอมให้ใช้ได้
- แพทย์ต้องกรอกใบประกอบการใช้ยาทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา
- ถ้ายังไม่มีใบประกอบการใช้ยากลุ่มงานเภสัชกรรมอนุโลมจ่ายยาให้ก่อนสำหรับ 24 ชั่วโมงแรก
- การเตรียมผสมยา 50 mg ใน NSS, D5W, LR 5.3 mL (ได้ conc. 10 mg/mL) เจือจางยาหลังผสมใน NSS, D5W, LR (max conc. 1 mg/mL) Administer IV infusion 30-60 นาที

<b>สำหรับเภสัชกร: ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา</b> <input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate (○ Indication ○ Dose/Dose Interval ○ Duration ○ Culture bacteria (กรณีมีผลเพาะเชื้อ))	
<b>สำหรับเภสัชกร: ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา</b> <input type="checkbox"/> Escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่..... [ ] เชื้อแบคทีเรียแกรมลบดื้อยา Tigecycline <input type="checkbox"/> De-escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่..... [ ] มีผลเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ไวต่อยา Carbapenems, Cephalosporin, Aminoglycosides, Beta-Lactam Beta-lactamase Inhibitors และ Fluorquinolones	
เภสัชกร..... Consult แพทย์.....	เมื่อวันที่.....
Result: <input type="checkbox"/> Accepted: switch to..... <input type="checkbox"/> Unaccepted เหตุผลคือ.....	

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

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

ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกร ( ) เห็นควรดำเนินการ ( ) ไม่เห็นควรดำเนินการ

ลงชื่อ.....

(นายจรรุวัฒน์ จิตโสภาคกุล)  
 หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ผลพิจารณาความเห็นจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ( ) อนุญาต ( ) ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(นายสุรทิน มาลีหาล)  
 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ  
 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง