

แบบประกอบการสั่งใช้ยาตา

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีระยอง

เนื่องด้วยผลการประชุมเภสัชกรรมและการบำบัด ครั้งที่2/2561 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
- Atropine sulfate ED 1% in 5 ml
- Acetazolamide tab 250 mg
- Bimatoprost ED 0.01% in 3 ml
- Brimonidine tartrate ED 0.2% in 5 ml
- Timolol ED 0.5% in 5 ml
- Hypromellose + Dextran 70 (Tears naturale free[®]) in 0.8 ml
- Carbomer+Sorbitol+Cetrimide (Visidic[®]) Eye gel 0.2+4+0.01 % 10g
- Moxifloxacin (Vigamox[®]) ED 0.5% in 5 ml
- Tobramycin ED 0.3% in 5 ml

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

Diagnosis.....

ในการนี้ได้ปรึกษาจักษุแพทย์แล้ว

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ปรึกษาจักษุแพทย์.....

(.....)

(รับทราบยินยอมให้ใช้ยาได้)

วันที่...../...../.....