

## แบบประกอบการสั่งใช้ยา Vancomycin

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 = 64 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"/> Ascites c/s <input type="checkbox"/> synovial c/s <input type="checkbox"/> Melioidosis titer <input type="checkbox"/> other ระบุ.....																													
<b>ข้อบ่งใช้</b>																													
<input type="checkbox"/> Empirical therapy: ยังไม่รู้เชื้อสาเหตุ ใช้เมื่อ consult อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์เท่านั้น (consult เมื่อ.....)																													
[ ] สงสัย Sepsis จากเชื้อ MRSA																													
[ ] Serious infection ที่เกิดจาก Gram positive organisms ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดที่ทำให้ใช้ยาอื่นที่เหมาะสมกว่าไม่ได้ เช่น แพ้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม beta-lactam																													
[ ] อื่นๆ ระบุ.....																													
<input type="checkbox"/> Documented therapy ตรวจพบเชื้อ																													
[ ] มีผลเพาะเชื้อพบ MRSA จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....																													
[ ] Serious infection ที่เกิดจาก Gram positive organisms ที่ไวต่อ Vancomycin ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดที่ทำให้ใช้ยาอื่นที่เหมาะสมกว่าไม่ได้ เช่น แพ้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม beta-lactam โดยพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....																													
Dosage (maximal dose 3 gm/day) Note: Dose requires adjustment in renal impairment																													
Dose for adult <input type="checkbox"/> 2-3 g/day (20-45 mg/kg/day) in divided doses every 6-12 hours																													
Dose for children <input type="checkbox"/> Usual dosage range: Infants >1 month and Children: I.V.: 10-15 mg/kg every 6 hours																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ระยะทางการให้ยา vancomycin</th> </tr> <tr> <th>อายุครรภ์(สัปดาห์)</th> <th>อายุหลังคลอด(วัน)</th> <th>ระยะทางการให้ยา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> ≤29</td> <td>0 - 14</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ≤29</td> <td>&gt;14</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30 - 36</td> <td>0 - 14</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30 - 36</td> <td>&gt;14</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 37 - 44</td> <td>0 - 7</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 37 - 44</td> <td>&gt;7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ≥45</td> <td>ทุกอายุ</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>			ระยะทางการให้ยา vancomycin			อายุครรภ์(สัปดาห์)	อายุหลังคลอด(วัน)	ระยะทางการให้ยา	<input type="checkbox"/> ≤29	0 - 14	18	<input type="checkbox"/> ≤29	>14	12	<input type="checkbox"/> 30 - 36	0 - 14	12	<input type="checkbox"/> 30 - 36	>14	8	<input type="checkbox"/> 37 - 44	0 - 7	12	<input checked="" type="checkbox"/> 37 - 44	>7	8	<input type="checkbox"/> ≥45	ทุกอายุ	6
ระยะทางการให้ยา vancomycin																													
อายุครรภ์(สัปดาห์)	อายุหลังคลอด(วัน)	ระยะทางการให้ยา																											
<input type="checkbox"/> ≤29	0 - 14	18																											
<input type="checkbox"/> ≤29	>14	12																											
<input type="checkbox"/> 30 - 36	0 - 14	12																											
<input type="checkbox"/> 30 - 36	>14	8																											
<input type="checkbox"/> 37 - 44	0 - 7	12																											
<input checked="" type="checkbox"/> 37 - 44	>7	8																											
<input type="checkbox"/> ≥45	ทุกอายุ	6																											
Dose for renal impairment																													
<input type="checkbox"/> CrCl >50 mL/minute	Start with 15-20 mg/kg/dose (usual: 750-1500 mg) every 12 hours																												
<input type="checkbox"/> CrCl 20-49 mL/minute	Start with 15-20 mg/kg/dose (usual: 750-1500 mg) every 24 hours																												
<input type="checkbox"/> CrCl <20 mL/minute	Will need longer intervals; determine by serum concentration monitoring																												
<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.....																													
[ ] มีผลเพาะเชื้อพบตัวยาน Vancomycin																													
<input type="checkbox"/> De-escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....																													
[ ] มีผลเพาะเชื้อพบ Gram positive organisms ที่ไวต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม beta-lactam และไม่มีข้อจำกัดในการใช้ยา																													
เภสัชกร..... Consult แพทย์..... เมื่อวันที่.....																													
Result: <input type="checkbox"/> Acceptance: switch to.....																													
<input type="checkbox"/> Unacceptance เหตุผลคือ.....																													

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....

หมายเหตุ

- ราคา Vancomycin injection 50 mg ราคา 2,190 บาท
- เงื่อนไขเบิกใช้ได้เมื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางและยินยอมให้ใช้ได้
- แพทย์ต้องกรอกใบประกอบการใช้ยาทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา
- ถ้ายังไม่มียาใบประกอบการใช้ยากลุ่มงานเภสัชกรมอบโลงจ่ายยาให้ก่อนสำหรับ 24 ชั่วโมงแรก

● การขออนุมัติครั้งที่ 1 : กรณีใช้ยา 7 วัน

ปรึกษาแพทย์ staff..... (รับทราบยินยอมให้ใช้ยาได้)  
วันที่...../...../.....

● การขออนุมัติครั้งที่ 2 : กรณีใช้ยามากกว่า 7 วัน

ปรึกษาแพทย์ staff..... (รับทราบยินยอมให้ใช้ยาได้)  
วันที่...../...../.....