

**แบบฟอร์มการขอสั่งใช้ยาต้านจุลชีพที่ต้องประเมิน โรงพยาบาลหนองไผ่ (ใบ DUE 1)**

คำชี้แจง: ต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางเท่านั้นที่สั่งใช้ยา หากห้องยาไม่ได้รับแบบฟอร์มการขอสั่งใช้ยาและกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน จะไม่มีการจ่ายยาให้  
 ตามนโยบายของทีม IC และ PTC หากเป็นนอกเวลาให้แพทย์ Intern สั่งใช้ยาให้กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน โดยสามารถเซ็นชื่อ รศส. แพทย์เฉพาะทางคู่ไป  
 ด้วยได้และ consult แพทย์เฉพาะทางภายหลัง

ชื่อ-สกุล.....HN.....หอผู้ป่วย.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....kg  
 Scr.....CrCl.....แพ้ยา.....โรคประจำตัว.....วันที่ Admit.....

ยาที่สั่งใช้  Piperacillin/Tazobactam  Meropenem  Vancomycin

ขนาดยาที่สั่งใช้ .....วันที่เริ่ม.....ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ยา.....วัน

**การวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา**

- Sepsis/Septic shock  Blood stream  Bone and joint infection  Febrile neutropenia  
 Urinary Tract Infection  Sepsis/Septic shock  Skin/soft tissue  Surgical wound  
 Pneumonia  Intra-abdominal  อื่นๆ โปรดระบุ.....

แหล่งที่มาของการติดเชื้อ  Community acquired infection  Hospital acquired infection  On device

ยาปฏิชีวนะที่ใช้มาก่อน .....

**เหตุในการพิจารณาใช้ยา**

- Empiric therapy (โปรดระบุ)  
 ภาวะ Shock  นอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 48 ชั่วโมง  
 Immunocompromised host  พบเชื้อดื้อยามาก่อนภายใน 90 วัน  
 ติดเชื้อ ESBL มาก่อนภายใน 90 วัน  ใช้ยาในกลุ่ม 3<sup>rd</sup> gen cephalosporin มาก่อนภายใน 90 วัน  
 Admit เข้าภายใน 90 วัน  อื่นๆ (โปรดระบุ) .....  
 Specific therapy (โปรดระบุ)

การส่งเพาะเชื้อ  ไม่ได้ส่งเพาะเชื้อ  ส่งเพาะเชื้อ วันที่ .....

**ผลเพาะเชื้อ (กรณี Specific therapy)**

Specimen	By Gram Stain	Organism
<input type="checkbox"/> Blood	<input type="checkbox"/> Gram + ve bacilli	<input type="checkbox"/> ESBL
<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Gram - ve bacilli	<input type="checkbox"/> Acinetobacter spp
<input type="checkbox"/> CSF	<input type="checkbox"/> Gram + ve cocci	<input type="checkbox"/> P. Aeruginosa
<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Gram - ve cocci	<input type="checkbox"/> Enterobacter spp
<input type="checkbox"/> Pus	<input type="checkbox"/> Mixed organism	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Not done	<input type="checkbox"/> No Growth / Unknown
<input type="checkbox"/> Other .....	<input type="checkbox"/> Negative gram stain	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ .....

**ผลความไวเชื้อ (กรณี Specific therapy)**

Antimicrobial	S	I	R	Antimicrobial	S	I	R	Antimicrobial	S	I	R	Antimicrobial	S	I	R
Ampicillin				Meropenem				Amikacin				Clindamycin			
Amoxicillin/Clav				Penicillin				Gentamicin				Vancomycin			
Ceftriaxone				Ciprofloxacin				Erythromycin				Piperacillin/Tazo			
Cetazidime				Norfloxacin											

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้ยา/แพทย์เฉพาะทาง  
 วันที่.....

(Intern/แพทย์เฉพาะทาง)

หมายเหตุ : แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์ intern ให้ consult แพทย์เฉพาะทางก่อนสั่งใช้ยาทุกครั้ง

แบบฟอร์มการขอส่งใช้ยาต้านจุลชีพที่ต้องประเมิน โรงพยาบาลหนองไผ่ (ใบ DUE 2)

คำชี้แจง: กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกหัวข้อและนำใบ DUE2 ส่งห้องจ่ายยาในวันที่ 8 ของการใช้ยา

ชื่อ-สกุล.....HN..... หอผู้ป่วย..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....kg  
Scr.....CrCl..... แพ้ยา..... โรคประจำตัว.....

ส่วนของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ยาที่สั่งใช้  Piperacillin/Tazobactam  Meropenem  Vancomycin

ขนาดยาที่สั่งใช้ ..... วันที่เริ่ม..... ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ยาต่อ..... วัน  
การวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา .....

ผลเพาะเชื้อ

Specimen  Blood  Sputum  CSF  Urine  
 Pus  None  Other .....

Organism  ESBL  Acinetobacter spp.  P. Aeruginosa  Enterobacter spp.  
 MRSA  No growth/Unknown  อื่นๆ โปรดระบุ .....

ผลความไวเชื้อ (กรณี Specific therapy)

Antimicrobial	S	I	R	Antimicrobial	S	I	R	Antimicrobial	S	I	R	Antimicrobial	S	I	R
Ampicillin				Ceftriaxone				Ofloxacin				Vancomycin			
Amoxicillin/Clav				Meropenem				Amikacin				Erythromycin			
Amoxicillin				Ciprofloxacin				Gentamicin				Piperacillin/Tazo			
Penicillin				Norfloxacin				Clindamycin							

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้ยา/แพทย์เฉพาะทาง  
วันที่.....

(Intern/แพทย์เฉพาะทาง)

ส่วนของแพทย์เฉพาะทาง ; ประเมินการ De-escalation ยา

- สามารถ De-escalation ยาได้ โดยเปลี่ยนยาเป็น (โปรดระบุ) .....
- ผลความไวของเชื้อ สามารถใช้ยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์แคบลงได้
  - ไม่ใช่เชื้อ Multi Drug Resistance (MRD) pathogen
  - มีอาการทางคลินิกดีขึ้น สามารถหยุดยาได้ หรือเปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทานได้
- ไม่สามารถ De-escalation ยาได้ (โปรดระบุ)
- เป็นเชื้อ MDR pathogen ที่ไวต่อยาที่ใช้อยู่
  - มีข้อบ่งชี้ที่ต้องให้ยาต้านจุลชีพรูปแบบฉีดจนครบเวลาการรักษา เช่น  meningitis/encephalitis,  Endocarditis, mediastinitis,  deep seated abscess/empyema,  bone/joint infection  S. aureusbacteremia/CF/bronchiectasis
  - อาการแย่งลง
  - ยัง on inotrope อยู่
  - อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้ยา/แพทย์เฉพาะทาง  
วันที่.....

(Intern/แพทย์เฉพาะทาง)

หมายเหตุ : แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์ intern ให้ consult แพทย์เฉพาะทางก่อนสั่งใช้ยาทุกครั้ง