

แบบฟอร์มการสั่งใช้ยาใหม่/ยาในบัญชี ข,ค,ง และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
โรงพยาบาลจุฬ อําเภอยุณ จังหวัดพะเยา
ประเภทยาสูด Long Acting Anticholinergic Drug (Spiriva Handihaler)

ชื่อ-สกุล.....HN.....สิทธิ.....

Dx.....วันที่...../...../.....

รายการยาที่ต้องการสั่งจ่าย Spiriva Handihaler (tiotropium bromide powder 18 mcg)

เหตุผลในการสั่งจ่าย (เฉพาะผู้ป่วย COPD เท่านั้น)

- ☐ มีอาการหอบเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตรประจำวันหรือ หอบเหนื่อยตลอดเวลา และไม่สามารถควบคุมอาการ
เหนื่อยด้วยยายาขยายหลอดลมทั้งยาพ่น และ ยากินอย่างน้อย 3 เดือน
- ☐ มี Acute exacerbation รุนแรงมาก (ต้องพ่นยายาขยายหลอดลมที่ ER ≥ 2 ครั้ง/ปี)
- ☐ อาการกำเริบจนได้รับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- ☐ อื่นๆ

.....
.....

Lab/ผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(แพทย์หญิงจุฑามาส ศรีชัย)

แพทย์ประจำคลินิก COPD และ ประสาน PTC

อนุมัติ

.....

(นายแพทย์สุชาญ ปริญญา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

หมายเหตุ: รายการยาที่ทำ DUE ให้จ่ายตาม Criteria DUE และส่งกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อเก็บข้อมูลทุกราย

แบบฟอร์มการส่งยาใหม่/ยาในบัญชี ข,ค,ง และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

โรงพยาบาลจุฬ อําเภोजุฬ จังหวัดพะเยา

Seroflo 25/125 mcg (salmeteral 25 mcg/Fluticasone 125 mcg)

ชื่อ-สกุล..... HN..... สิทธิ.....

Dx..... วันที่...../...../.....

รายการยาที่ต้องการส่งจ่าย Seroflo 25/125 mcg (salmeteral 25 mcg/Fluticasone 125 mcg)

เหตุผลในการส่งจ่าย

- ☐ มีอาการหอบเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตรประจำวันหรือ หอบเหนื่อยตลอดเวลา
- ☐ มี Acute exacerbation รุนแรงมาก (ต้องพ่นยาขยายหลอดลมที่ ER ≥ 2 ครั้ง/เดือน หรือ Readmit ภายใน 28 วัน ≥ 2 ครั้ง/ด)
- ☐ FEV1 อยู่ในช่วง 30-49 % ของค่ามาตรฐาน =.....
- ☐ FEV1 อยู่ในช่วง < 30 % ของค่ามาตรฐาน =.....
- ☐ FEV1 อยู่ในช่วง < 50 % ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับมีอาการหายใจลำบากเรื้อรัง =.....
- ☐ อื่น

Lab/ผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ/ผู้เสนอใช้

เห็นควรอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธาน PCT

อนุมัติ

(นายแพทย์สุชาญ ปริญญา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

หมายเหตุ: รายการยาที่ทำ DUE ให้จ่ายตาม Criteria DUE และส่งกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อเก็บข้อมูลทุกราย