

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ Favipiravir 200 mg Tablet (กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่สอง เพื่อใช้ยาต่อจนครบ 10 วัน)**

โรงพยาบาล …..……..…...........…………………………………………………..………....… วัน เดือน ปี ที่ส่งข้อมูล …........./…........../…….............

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** : ชื่อ ............................................................... นามสกุล ............................................................... เพศ ชาย หญิง

อายุ ........... ปี ............ เดือน  Verification Code Lab สปคม/SAT …………….….………………………………...................................................

เลขที่บัตรประจำประชาชน (13 หลัก) ................................................................. หรือเลขที่หนังสือเดินทาง ………….............................………... ประเทศ …………..................

สิทธิรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆ ระบุ ....................................................

รหัสรับยาครั้งล่าสุด ................................................................................................................................................ วันที่ใช้ยาครบ 5 วัน …......./........../.............

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก :** Body weight …….....……. kg Height ................... cm BMI .................. kg/m2

2.1 ผลการตรวจร่างกายล่าสุดวันที่…....../........./............. temperature .......... °C อัตราการหายใจ .......... /นาที O2 sat (room air/on …….......................) ………%

2.2 ผลทางรังสีวิทยา **พร้อมแนบรูปและผลอ่านเอกซเรย์**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Date | ผลทางรังสีวิทยา |
| CXR ครั้งล่าสุด |  |  |
| CT-scan (ถ้ามี) |  |  |

2.3 ผลการตรวจยืนยัน COVID–19 **พร้อมแนบผล** (กรอกข้อมูลและแนบผล เฉพาะกรณีตรวจครั้งแรกไม่พบเชื้อ และมีความจำเป็นต้องใช้ยานานกว่า 10 วัน)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ครั้งที่ | Date | Type of specimen | สถาบันส่งสิ่งส่งตรวจ | ผลการตรวจ |
| 1 |  |  |  |  Detected Not detected  |
| 2 |  |  |  |  Detected Not detected  |
| …..… |  |  |  |  Detected Not detected  |

2.4 การดูแลรักษาทางเดินหายใจ Room air O2 canula O2 mask with bag T-piece O2 high flow CPAP BiPAP Ventilator

2.5 แผนการให้ยา Favipiravir 200 mg Tablet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  ผู้ใหญ่ |  ผู้ใหญ่ BMI >35 kg/m2 (>90 kg) |  เด็ก  |
| วันที่ 6-10 | 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง | 5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง | 10 mg/kg/dose คิดเป็น \_\_\_\_ เม็ด วันละ 2 ครั้ง |
| รวม (เม็ด) | 40 | 50 |  |

ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตามแนวทางการใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยกรมการแพทย์ ฉบับปัจจุบัน **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้

 1. อาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

 ระบุเหตุผล …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
 2. อาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้ หรือมีปอดบวมเล็กน้อยที่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 3

 อายุ >60 ปี BW >90 kg เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ตับแข็ง CKD โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด

 โรคหลอดเลือดสมอง COPD รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ lymphocyte <1,000 cells/mm3  อื่นๆ …………………………………………….

 3. มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O2 saturation <96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO2 ≥3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates

 4. ไม่ตรงเกณฑ์และมีความจำเป็นต้องใช้ กรุณาระบุเหตุผลพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....……………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..

แพทย์ผู้สั่งยา

ลงชื่อ..........................................................................

 (........................................................................)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ............................

เภสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา

ข้อมูลประกอบการเบิกยาครั้งที่สอง 1. เอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาฉบับนี้ที่**กรอกข้อมูลครบถ้วน**

 2. ไฟล์รูปภาพ chest x-ray (ทุกราย) หรือ chest CT scan (ถ้ามี) **พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์**

 3. ไฟล์รูปภาพใบรายงานผลตรวจการติดเชื้อ COVID-19 (เฉพาะกรณีตรวจครั้งแรกไม่พบเชื้อและมีความจำเป็นต้องใช้ยานานกว่า 10 วัน)

**การรับยา** : **ต้องแนบเอกสารประกอบการเบิกยา**ทั้ง 3 ฉบับเป็นหลักฐานประกอบการรับยาทุกครั้ง เพื่อใช้ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาต่อไป

ลงชื่อ..........................................................................

 (........................................................................)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ..........................

สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้นจากรพ.แม่ข่าย

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ..........................................................................

 (........................................................................)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ............................

โรงพยาบาล …………………………………………….…..…..