

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Favipiravir 200 mg Tablet (กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก อนุมัติไม่เกิน 5 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 .....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก : Body weight ..... kg Height ..... cm BMI ..... kg/m<sup>2</sup>

2.1 ผลการตรวจร่างกาย (วันที่นอนรพ.วันแรก) : temperature ..... °C อัตราการหายใจ ..... /นาที O<sub>2</sub> sat (room air/on .....) .....%

2.2 ผลทางรังสีวิทยา **พร้อมแนบบรูปและผลอ่านเอกซเรย์**

	Date	ผลทางรังสีวิทยา
CXR ครั้งล่าสุด		
CT-scan (ถ้ามี)		

2.3 ผลการตรวจยืนยัน COVID-19 **พร้อมแนบบผล**

Date	Type of specimen	สถาบันส่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ
			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

2.4 การดูแลรักษาทางเดินหายใจ  Room air  O<sub>2</sub> canula  O<sub>2</sub> mask with bag  T-piece  O<sub>2</sub> high flow  CPAP  BiPAP  Ventilator

2.5 แผนการให้ยา Favipiravir 200 mg Tablet

	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่ BMI ≥35 kg/m <sup>2</sup> (≥90 kg)	<input type="checkbox"/> เด็ก
วันที่ 1	9 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	12 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	30 mg/kg/dose คิดเป็น ____ เม็ด วันละ 2 ครั้ง
วันที่ 2-5	4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	10 mg/kg/dose คิดเป็น ____ เม็ด วันละ 2 ครั้ง
รวม (เม็ด)	50	64	

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/mm<sup>3</sup>  อื่นๆ .....
3. มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O<sub>2</sub> saturation <96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO<sub>2</sub> ≥3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates
4. ไม่ตรงเกณฑ์และมีความจำเป็นต้องใช้ กรณาระบุเหตุผลพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

แพทย์ผู้สั่งยา ..... เภสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา ..... สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้นจากรพ.แม่ข่าย  
 ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
 (.....) (.....)  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ  
 เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม .....  
 (.....)  
 เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....  
 โรงพยาบาล .....

ข้อมูลประกอบการเบิกยาค้าง  1. เอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาฉบับนี้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน  
 2. ไฟล์รูปภาพ chest x-ray (ทุกราย) หรือ chest CT scan (ถ้ามี) พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์  
 3. ไฟล์รูปภาพใบรายงานผลตรวจการติดเชื้อ COVID-19  
 การรับยา : **ต้องแนบบเอกสารประกอบการเบิกยาทั้ง 3 ฉบับเป็นหลักฐานประกอบการรับยาทุกครั้ง** เพื่อให้ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาต่อไป