

แบบฟอร์ม การขออนุมัติใช้ยา Atorvastatin (ขนาด 40 มก.) ที่ รพ.สต. ของ รพศ.อุตรดิตถ์  
รพ.สต.....ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....วันที่ขอ.....

ขออนุมัติการใช้ยา Atorvastatin (dosage 10-80 มก./วัน once daily) ด้วยเหตุผล

- เกิดผลข้างเคียงของ Simvastatin เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ, ตับอักเสบ เป็นต้น
- ควบคุมไขมันไม่สำเร็จจากการใช้ Simvastatin ขนาดสูงสุด 40 มก./วัน
- อาจเกิดผลข้างเคียงจาก Drug interaction การใช้ยา Amlodipine ร่วมกับ Simvastatin ขนาดสูง  
เกิน 20 มก./วัน
- แพ้ยา Simvastatin

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ส่งจ่าย  
(.....)

แบบฟอร์ม การขออนุมัติใช้ยา Atorvastatin (ขนาด 40 มก.) ที่ รพ.สต. ของ รพศ.อุตรดิตถ์  
รพ.สต.....ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....วันที่ขอ.....

ขออนุมัติการใช้ยา Atorvastatin (dosage 10-80 มก./วัน once daily) ด้วยเหตุผล

- เกิดผลข้างเคียงของ Simvastatin เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ, ตับอักเสบ เป็นต้น
- ควบคุมไขมันไม่สำเร็จจากการใช้ Simvastatin ขนาดสูงสุด 40 มก./วัน
- อาจเกิดผลข้างเคียงจาก Drug interaction การใช้ยา Amlodipine ร่วมกับ Simvastatin ขนาดสูง  
เกิน 20 มก./วัน
- แพ้ยา Simvastatin

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ส่งจ่าย  
(.....)

แบบฟอร์ม การขออนุมัติใช้ยา Atorvastatin (ขนาด 40 มก.) ที่ รพ.สต. ของ รพศ.อุตรดิตถ์  
รพ.สต.....ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....วันที่ขอ.....

ขออนุมัติการใช้ยา Atorvastatin (dosage 10-80 มก./วัน once daily) ด้วยเหตุผล

- เกิดผลข้างเคียงของ Simvastatin เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ, ตับอักเสบ เป็นต้น
- ควบคุมไขมันไม่สำเร็จจากการใช้ Simvastatin ขนาดสูงสุด 40 มก./วัน
- อาจเกิดผลข้างเคียงจาก Drug interaction การใช้ยา Amlodipine ร่วมกับ Simvastatin ขนาดสูง  
เกิน 20 มก./วัน
- แพ้ยา Simvastatin

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ส่งจ่าย  
(.....)