

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาที่ประกาศเพิ่มในประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ  
เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

แบบฟอร์ม จ(2)  
Ceftazidime/Avibactam **ครั้งแรก**  
ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ  
ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Ceftazidime/Avibactam**

**เงื่อนไข การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacterales ที่ไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก : อนุมัติไม่เกิน 7 วัน

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย**

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา <input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม
		<input type="radio"/> อื่นๆ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../25.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่ได้ทำ chronic dialysis อยู่เดิม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> ทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> เลือด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....		
4. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ CRE ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 4.1 ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากตำแหน่งปราศจากเชื้อ (sterile site) ระบุ สิ่งส่งตรวจ <input type="checkbox"/> blood culture <input type="checkbox"/> CSF culture <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 4.2 ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งที่ไม่ปราศจากเชื้อ (non-sterile site) ร่วมกับอาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อที่ตำแหน่งดังกล่าว ระบุ สิ่งส่งตรวจ .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. เชื้อ CRE ที่ตรวจพบมีหลักฐานว่าไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam ตามเกณฑ์ของ Clinical and laboratory standards institute (พร้อมแนบเอกสารใบรายงานผล)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา Colistin ได้ เนื่องจากเหตุผล ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ <input type="checkbox"/> 6.1 มีความเสี่ยงที่จะเกิดพิษต่อไต ตามแนวทางกำกับการใช้ยา ค่า Creatinine clearance ..... ml/min หรือ eGFR ..... ml/min/1.73m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 6.2 กรณีเชื้อ CRE ที่ตรวจพบคือต่อยา Colistin (Colistin MIC ≥4 mcg/mL, พร้อมแนบเอกสารใบรายงานผล) <input type="checkbox"/> 6.3 มีอาการหรือประวัติแพ้ยา Colistin <input type="checkbox"/> 6.4 กรณีมีผลข้างเคียงรุนแรง จนไม่สามารถใช้ยา Colistin ต่อได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยาเริ่มต้น..... มก.ต่อวัน		

หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....  
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ...../...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาที่ประกาศเพิ่มในประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ  
เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

แบบฟอร์ม จ(2)  
Ceftazidime/Avibactam ต่อเนื่อง  
ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ  
ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Ceftazidime/Avibactam  
เงื่อนไข การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacterales ที่ไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam  
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่องครั้งที่ 2, 3, 4 : อนุมัติยา 7 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ....../...../ 25.....		
1. อาการทางคลินิกดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ตามเป้าหมาย		ใช่ <input type="radio"/>	ไม่ใช่ <input type="radio"/>
ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก	วันที่ ....../...../ 25.....		
2. แพทย์ประเมินแล้วเห็นว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับยามีกว่าความเสี่ยง		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ ..... มก.ต่อวัน			
5. การขอใช้ยาในครั้งนี้เป็นการใช้ยาในการรักษาเกิน 14 วัน		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ถ้า “ใช่” โปรดระบุเหตุผล.....			
โดยมีแผนการรักษาอยู่ที่ระยะเวลาทั้งหมด ..... วัน (นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก)			
<b>หมายเหตุ</b>			
1). เหตุผลของการใช้ยาในการรักษาเกิน 14 วัน เช่น ฝืนหนองที่ไม่สามารถระบายได้หมด ติดเชื้อที่ลึกหัวใจ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ตอบสนองต่อการรักษาช้า เป็นต้น			
2). อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม			

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด  
 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....  
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ...../...../.....