

แบบประเมินการใช้ยา Human Albumin 20% (50 ml) โรงพยาบาลอ่างทอง

1. ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ - นามสกุล _____ อายุ _____ ปี น้ำหนัก _____ HN _____ AN _____ Ward _____

ระดับ Albumin _____ g/dL (ว/ด/ป ที่ตรวจ _____) Diagnosis _____

สิทธิการรักษา UCs ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ อื่นๆ _____

2. เหตุผลประกอบการใช้ยา ผู้ป่วยมีสภาวะ ดังต่อไปนี้ (กรุณา ✓ ใน)

รพ.มี 20% albumin (50 ml) = 10 g/vial

1.Cirrhosis
<input type="checkbox"/> Abdominal paracentesis > 5L ♦ dose recommend: 6-8 gm ต่อ Ascites 1 L
<input type="checkbox"/> Spontaneous bacterial peritonitis <input type="checkbox"/> ascites PMN \geq 250 cell/mm ³ , <input type="checkbox"/> BUN > 30 mg/dL, <input type="checkbox"/> Cr > 1 mg/dL, <input type="checkbox"/> total bilirubin > 4 mg/dL ♦ dose recommend: วันที่ 1 albumin : 1.5 g/kg และ วันที่ 3 : 1 g/kg
<input type="checkbox"/> For diagnosis of suspected Hepatorenal syndrome (Cr > 1.5 mg/dL) ♦ dose recommend: ให้ albumin 1 g/kg/day เป็นเวลา 2 วัน
<input type="checkbox"/> Confirm Hepatorenal syndrome Type 1 (Cr > 1.5 mg/dL) ♦ dose recommend: ให้ albumin 1 g/kg วันแรก หลังจากนั้น 20-40 g/day
2.Resuscitation
<input type="checkbox"/> Severe septic shock หรือ <input type="checkbox"/> hypovolemic shock หรือ <input type="checkbox"/> Hemorrhagic shock ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ... <input type="checkbox"/> serum albumin < 2.5 g/dL <input type="checkbox"/> ไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids และ vasopressor <input type="checkbox"/> มีข้อห้ามใช้ non-protein colloid
3.SX
<input type="checkbox"/> Burn > 30% BSA ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ... <input type="checkbox"/> hypovolemic <input type="checkbox"/> ไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids
<input type="checkbox"/> Major surgery (เช่น extensive intestine resection) ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ... <input type="checkbox"/> serum albumin < 2 g/dL <input type="checkbox"/> ไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids
4.Nephro.
<input type="checkbox"/> acute nephropathy <input type="checkbox"/> nephrotic syndrome ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ... <input type="checkbox"/> serum albumin < 2 g/dL <input type="checkbox"/> acute severe peripheral edema <input type="checkbox"/> pulmonary edema <input type="checkbox"/> hemodialysis ที่มีปัญหา hemodynamic instability ร่วมกับ serum albumin < 2.5 g/dL <input type="checkbox"/> plasmapheresis
5. อื่นๆ: โปรดระบุ.....
ขนาด Albumin ที่ต้องการใช้ :
สำหรับแพทย์ กรุณาระบุ Indication โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="checkbox"/>

ลงชื่อแพทย์ ผู้สั่งใช้ยา
(.....)

เรียนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หากแพทย์ลงข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งคืนห้องยาผู้ป่วยใน