

แบบประเมินการใช้ยา Human Albumin 20% (50 ml) โรงพยาบาลอ่างทอง (revised11/2568)

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 ผู้ป่วยมีสถานะ ดังต่อไปนี้ (กรุณา ใน) ***รพ.มี 20% albumin (50 ml) = 10 g/vial***

1.Cirrhosis	บัญชี
<input type="checkbox"/> Abdominal paracentesis > 5L ♦ dose recommend: 6-8 gm ต่อ Ascites 1 L	NED
<input type="checkbox"/> Spontaneous bacterial peritonitis พิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด hepatorenal syndrome <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	ED
<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	NED
<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	NED
2.Resuscitation	บัญชี
<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	NED
3.SX	บัญชี
<input type="checkbox"/> Burn > 30% BSA ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ... <input type="checkbox"/> hypovolemic <input type="checkbox"/> ไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids	NED
<input type="checkbox"/> Major surgery (เช่น extensive intestine resection) ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ... <input type="checkbox"/> serum albumin < 2 g/dL <input type="checkbox"/> ไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids	NED
4.Nephro.	บัญชี
<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	NED
5.อื่นๆ: โปรดระบุ.....	NED
ขนาด Albumin ที่ต้องการใช้ :	
สำหรับแพทย์ กรุณาระบุ Indication โดยใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ในช่อง <input type="checkbox"/>	

ลงชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา (แพทย์ staff เท่านั้น)

(.....) ลงวันที่

ใบ DUE มีอายุ 3วัน นับจากวันแรกที่สั่งใช้

เรียนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย กรุณา Scan ส่งพร้อม order