

แบบฟอร์มประกอบการสั่งใช้ยา กลุ่ม New Oral Anti-coagulants

ที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

Rivaroxaban 15 mg (Xarelto®)

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย HN อายุ ปี

สิทธิการรักษา เบิกได้ สวัสดิการข้าราชการ อื่นๆ

Diagnosis.....

หมายเหตุ

1. ไม่แนะนำในผู้ป่วยที่มีค่า CrCL < 15 ml/min
2. ผู้สั่งใช้ต้องเป็นอายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ และ ศัลยแพทย์กระดูกเท่านั้น

เหตุผลประกอบการใช้ยา (ต้องประเมินทั้ง 2 ส่วน)

ส่วนที่ 1 ข้อบ่งใช้ยา

- 1. ป้องกันภาวะ Stroke และ Systemic embolism ในผู้ป่วย Non-valvular Atrial Fibrillation (เฉพาะขนาด 15 mg หรือ 20 mg OD)
- 2. รักษาลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ DVT และลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ปอด (Pulmonary embolism) (ในขนาด 15 mg BID นาน 3 สัปดาห์ ตามด้วย 20 mg OD)
- 3. ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) ใน
 - ผู้ป่วยที่กำลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (เฉพาะขนาด 10 mg ไม่เกิน 14 วัน)
 - ผู้ป่วยที่กำลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (เฉพาะขนาด 10 mg ไม่เกิน 35 วัน)

ส่วนที่ 2 สภาวะผู้ป่วย (ต้องเลือกอย่างน้อย 1 ข้อ)

- 1. ไม่สามารถใช้ Warfarin ได้ ด้วยเหตุผล
 - มีความจำเป็นที่ไม่สามารถ monitor ค่า INR ได้
 - ต้องได้รับยาที่เกิด Drug interaction กับ warfarin เช่น Rifampicin, Fluconazole, Co-trimoxazole, Amiodarone เป็นต้น (โปรดระบุ)
- 2. เคยใช้ warfarin มาก่อนแล้ว เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี (ยกเว้นกรณี secondary prevention อย่างน้อย 3 เดือนแต่ให้ monitor ค่า INR ทุกสัปดาห์) แล้วยังไม่สามารถ control ค่า INR ได้
- 3. ใช้ warfarin แล้วเกิดภาวะ Thromboembolism ใดๆ ที่ค่า INR อยู่ใน Therapeutic range
- 4. ใช้ warfarin ในขนาดที่เหมาะสมแล้ว เกิดภาวะ Major Bleeding ใน vital organ

รบกวนขอข้อมูลที่สมบูรณ์ ได้แก่

1. ลายเซ็นแพทย์
 2. เหตุผลการสั่งจ่ายยาที่สมบูรณ์
- ขอบคุณค่ะ

.....
()

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ และ ศัลยแพทย์กระดูกเท่านั้น)

วันที่/...../.....