

แบบฟอร์มประกอบการสั่งใช้ยากกลุ่ม Phosphate Binder  
ที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ  
ยา Sevelamer sachet 800 mg (Renvela powder®)

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย ..... HN ..... อายุ ..... ปี

สิทธิการรักษา  เบิกได้  สวัสดิการข้าราชการ  อื่นๆ .....

Diagnosis.....

หมายเหตุ

ผู้สั่งใช้ต้องเป็นอายุรแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเท่านั้น

เหตุผลประกอบการใช้ยา

1. เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง stage 3 ถึง stage 5 ที่มี serum phosphate levels > 5.0 mg/dl และไม่สามารถให้ยา calcium phosphate binder ในการรักษาภาวะ hyperphosphatemia เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

Hypercalcemia (serum calcium > 10.2 mg/dl)

มีภาวะ vascular calcification จากหลักฐาน X-ray

มี Ca x P product > 55

2. เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง stage 3 ถึง stage 5 ที่มี serum phosphate levels > 5.0 mg/dl และล้มเหลวต่อการรักษาภาวะ hyperphosphatemia ด้วย calcium-base phosphate binder

( )

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา (อายุรแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเท่านั้น)

วันที่ ...../...../.....

รบกวนขอข้อมูลที่สมบูรณ์ได้แก่

1. ลายเซ็นแพทย์

2. เหตุผลการสั่งจ่ายยาที่สมบูรณ์

ขอบคุณค่ะ