

แบบฟอร์มประกอบการสั่งใช้ยา sodium glucose co-transporter 2 (SGLT-2) Inhibitor
ที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
Empagliflozin 25 mg (Jardiance®)

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย HN อายุ ปี
สิทธิการรักษา เบิกได้ สวัสดิการข้าราชการ อื่นๆ
Diagnosis.....

หมายเหตุ

- ห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1
- ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มี Estimated GFR < 45 ml/min/1.73 m²
- ยาเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด genitourinary tract infectionและ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด DKA โดยที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง
- ผู้สั่งใช้ต้องเป็นอายุรแพทย์เท่านั้น

เหตุผลประกอบการใช้ยา

1. ใช้ในผู้ป่วยที่มี Establish ASCVD หรือมี Cardiovascular risk factors อย่างน้อย 1 ข้อดังต่อไปนี้
- Hypertension (BP> 140/90 mmHg) or taking anti-hypertensive drug
 - Family history of premature coronary disease
 - Dyslipidemia or taking anti-hyperlipdemic drug
 - Chronic kidney disease (if eGFR Adequate)
 - Presence of albuminuria
 - Current smoking
 - Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้: Coronary arterial disease, Stroke/TIA, PAD, History of heart failure
2. ใช้ในผู้ป่วยที่มี Heart failure or Chronic kidney disease (if eGFR Adequate)
3. เป็นผู้ป่วยเบาหวานประเภท ที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด จากยา Sulfonylurea โดยสามารถใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับ metformin หรือ glitazone หรือ DPP-4 inhibitors

รบกวนขอข้อมูลที่สมบูรณ์ได้แก่

1. ลายเซ็นแพทย์

2. เหตุผลการสั่งจ่ายยาที่สมบูรณ์

ขอบคุณค่ะ

.....
(.....)
แพทย์ผู้สั่งใช้ยา (อายุรแพทย์เท่านั้น)
วันที่/...../.....