

## แบบฟอร์มประกอบการสั่งใช้ยากลุ่ม Selective COX-II Inhibitor

### ยา PARECOXIB INJECTION (DYNASTAT)

วันที่ \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ป่วย \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี

Diagnosis \_\_\_\_\_

### Indication

- Post operation pain control (ไม่เกิน 72 ชั่วโมง)
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Traumatic patients)
- ผู้ป่วยใช้ Non-selective COX inhibitor ร่วมกับ Proton pump inhibitor แล้วยังคงเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพร้อม
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่ม Non-selective COX inhibitor อย่างน้อย **หนึ่งข้อ** เช่น
- ผู้ป่วยอายุ  $\geq 65$  ปี
  - ผู้ป่วยมีประวัติว่ามี Recent upper GI bleeding, Peptic ulcer หรือ Upper GI perforation
  - ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Vitamin K antagonist (Warfarin)
  - ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Novel oral anticoagulants ; NOACs (Rivaroxaban, Dabigatran, Apixaban, Edoxaban)
  - ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Dual antiplatelet
  - ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Steroid
- ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Non-selective COX inhibitor แบบรุนแรง หรือ Pseudo-allergy ที่อาจแพ้ยากลุ่ม Non-selective COX inhibitor
- อื่นๆ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา