

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Prothrombin complex concentrate (PCC)
 ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด Anti-Xa

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยได้รับยา Anti-Xa คือ <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <input type="checkbox"/> Edoxaban ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับยา Anti-Xa ครั้งสุดท้ายภายใน 24 ชั่วโมง		
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับยา Anti-Xa ครั้งสุดท้ายภายใน 48 ชั่วโมง ในกรณีที่ค่า creatinine clearance ต่ำกว่า 30 มล/นาที		
2. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 1) เลือดออกรุนแรงจนมีความดันโลหิตตก หรือซีฟจรเร็ว หรือต้องได้รับเม็ดเลือดแดง		
<input type="checkbox"/> 2) เลือดออกในสมองหรือไขสันหลัง		
<input type="checkbox"/> 3) เลือดออกที่อาจอุดตันทางเดินหายใจ		
<input type="checkbox"/> 4) เลือดออกในช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง หรือ retroperitoneum		
<input type="checkbox"/> 5) เลือดออกที่มีการกดทับเส้นประสาทหรือกดทับหลอดเลือด		
<input type="checkbox"/> 6) ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การผ่าตัดซ้ำกว่านี้ อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ จึงต้องทำการแก้ฤทธิ์ยาโดยเร็ว		
3. ขนาดยา Prothrombin complex concentrate ที่ขออนุมัติใช้ โดยให้ในขนาด 25 - 50 ยูนิต/กก./ครั้ง เพียงครั้งเดียว (.....ยูนิต/ครั้ง)		

ผู้อำนวยการสถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้มีอำนาจอนุมัติการใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

