

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา 4-factor prothrombin complex concentrate
ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด warfarin
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		ใช่	ไม่ใช่
	วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยได้รับยา warfarin โดยยังมีระดับ International normalized ratio (INR) มากกว่า 1.5 โปรดระบุระดับ INR		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> เลือดออกรุนแรงจนมีความดันโลหิตตก หรือ ชีพจรเร็ว หรือ ต้องได้รับเม็ดเลือดแดง			
<input type="checkbox"/> เลือดออกในสมอง หรือ ไชสันหลัง			
<input type="checkbox"/> เลือดออกที่อาจจุดต้นทางเดินหายใจ			
<input type="checkbox"/> เลือดออกในช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง หรือ retroperitoneum			
<input type="checkbox"/> เลือดออกที่มีการกดทับเส้นประสาทหรือกดทับหลอดเลือด			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การผ่าตัดซ้ำกว่านี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ จึงต้องทำการแก้ฤทธิ์ยาโดยเร็ว			
4. ผู้ป่วยมีสาเหตุที่ไม่เหมาะสมต่อการใช้ fresh frozen plasma โดยมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 มีความจำเป็นต้องแก้ฤทธิ์ warfarin อย่างเร็วภายใน 1-2 ชั่วโมง ถ้าช้าอาจทำให้เสียชีวิตหรือเกิดความพิการ โปรดระบุความจำเป็นที่ต้องแก้ฤทธิ์ warfarin อย่างเร็ว.....			
<input type="checkbox"/> 4.2 มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะน้ำเกินจากการได้รับ fresh frozen plasma เนื่องจาก			
<input type="checkbox"/> มีภาวะหัวใจวาย <input type="checkbox"/> ไตวายรุนแรง			
5. ขนาดยา 4-factor prothrombin complex concentrate ที่ขออนุมัติใช้ โดยให้ในขนาด 25-50 ยูนิต/กก. เพียงครั้งเดียว (.....ยูนิต)			

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....