

ใบประกอบการสั่งใช้ยา Antibiotic (Drug Use Evaluation)

ข้อมูลผู้ป่วย : ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....AN..... ward.....

Underlying disease.....วันที่ Admit..... Refer มาจากรพ.....

ข้อมูลการรักษา : การวินิจฉัยโรคครั้งนี้.....

ผลการส่ง culture () ไม่ได้ส่ง () กำลังรอผล () เชื้อที่พบ.....

<p>Sulperazon 1.5 g (cefoperazone 1000 mg + sulbactam 500 mg)</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้ยาครั้งที่ 1 : กรณีใช้ยา 7 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้ยาครั้งที่ 2 : กรณีใช้ยามากกว่า 7 วัน</p> <p><u>Documented therapy</u> (ทราบผล C/S ภายใน 72 ชม. ก่อนใช้ยา)</p> <p><input type="checkbox"/> A. มีผล C/S พบเชื้อ gram negative bacilli (โดยเฉพาะ <i>Acinetobacter spp.</i>) ที่คือ ต่อยากลุ่ม 3rd generation cephalosporin, Quinolone และ Aminoglycosides (ยกเว้น Netilmicin) แต่ไวต่อยา Sulperazon เท่านั้น</p> <p><u>Empiric therapy</u></p> <p><input type="checkbox"/> B. สงสัย Hospital acquired infection ดังต่อไปนี้ <input type="radio"/> pneumonia, <input type="radio"/> Upper UTI, <input type="radio"/> Septicemia, <input type="radio"/> Meningitis และใช้ยาในกลุ่ม 3rd generation cephalosporin มา 48 ชม. แล้วไม่ดีขึ้น (การใช้ยากรณีนี้ต้องอยู่ระหว่างรอผล C/S หรือส่ง C/S หลังจากสั่งใช้ยา)</p> <p><input type="checkbox"/> C. สงสัย Hospital acquired infection <input type="radio"/> pneumonia, <input type="radio"/> Septicemia ที่รุนแรง และสงสัยว่าจะเกิดจากเชื้อ <i>Acinetobacter baumannii</i> (การใช้ยากรณีนี้ต้องอยู่ระหว่างรอผล C/S หรือส่ง C/S หลังจากสั่งใช้ยา)</p> <p><input type="checkbox"/> D. สงสัย <input type="radio"/> Peritonitis หรือ <input type="radio"/> Cholangitis ที่ใช้ยาในกลุ่ม 3rd generation cephalosporin ร่วมกับ metronidazole มา 48 ชม. แล้วไม่ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> E. อื่นๆ กรุณาระบุ.....</p>	<p>Dosage</p> <p><u>Pediatric dosing</u></p> <p>30 – 60 mg / kg / day divided q 6- 12 hr</p> <p><u>Adult dosing</u></p> <p>Usual dose : 1.5-3 g IVq 8-12 hr</p> <p>Max dose : sulbactam 4 g / day (2 g IV q 8 hr ให้ vitamin K 10 mg IV/ wk)</p> <p><u>Renal dosing</u></p> <p>CrCl 15-30 : max for sulperazone 3g IV q12 hr (max for sulbactam 1 g q 12 hr)</p> <p>CrCl < 15 ; max for sulperazone 1.5 g IV q12 hr (max for sulbactam 500 mg q 12 hr)</p>
<p>*** ขนาดยา 3 g IV q 8 hr แนะนำ ให้ vitamin K 10 mg IV/ wk</p>	
<p>สำหรับแพทย์ กรุณาระบุ Indication สำหรับยาที่ใช้โดยใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ในช่อง <input type="checkbox"/> ที่ต้องการ</p> <p>ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้ยา</p> <p>(.....)</p>	
<p>สำหรับเภสัชกร</p> <p>วันที่เริ่มสั่งใช้ และขนาดให้ยา.....BUN / Cr ครั้งล่าสุด.....</p> <p>ยา Antibiotic ตัวอื่นที่ได้รับมาก่อน.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

เรียนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หากแพทย์ลงข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งคืนห้องยา