

ใบประกอบการสั่งใช้ยาพ่น(Berodual[®] MDI/Seretide[®] MDI)

1. หน่วยงาน.....วันที่.....HN.....
2. ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....
3. เป็นการสั่งใช้จากที่ไหน ? [] ในโรงพยาบาล [] รับการส่งต่อจาก รพศ.
4. เคยประวัติการ Re-admitครั้ง/เดือน หรือ Re-visit.....ครั้ง/เดือน
5. ผู้ป่วยที่มีหลักฐานแสดงให้เห็น เช่น
 - Increase chest wall A-P dimeter/Barrel shaped chest wall
 - ภาพรังสีทรวงอก พบ Definite emphysematous change
 - Cor pulmonale
 - Chronic cough เป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือนและเป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี หรือเหนื่อยเรื้อรัง โดยไม่มีสาเหตุอื่นร่วมกับประวัติสูบบุหรี่หรือ Air pollution
 - FEV1/FVC <70%และไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม
 - อื่นๆ ระบุ.....

6. ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาที่ ต้องตรวจพบ

- Chronic obstructive airway disorder with reversible bronchospasm (COPD ร่วมกับโรคหืด)
- Chronic bronchitis with emphysema (หลอดลมอักเสบเรื้อรังร่วมกับถุงลมโป่งพอง)
- Chronic bronchitis without emphysema (หลอดลมอักเสบเรื้อรัง)
- Bronchospasm , Bronchial asthma

7. ยาพ่นที่ต้องการใช้

ชื่อยา

ข้อแนะนำในการใช้ยา

- [] 1. Berodual MDI → ใช้รักษา Bronchospasm , Bronchial asthma ที่ไม่ตอบสนองต่อ Salbutamol
- [] 2. Seretide MDI → ใช้รักษา Chronic bronchitis without emphysema ที่ไม่ตอบสนองต่อ Budesonide

แพทย์ผู้รักษา.....

(.....)

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

(.....)

ขอความร่วมมือ :

1. ให้แนบใบประกอบการใช้ยาครั้งแรกที่มีการสั่งใช้ยา
2. ส่งจ่ายยาได้ไม่เกิน 1 หลอด / ใบสั่งยา

(ยกเว้นกรณี COPD with reversible bronchospasm และ Chronic bronchitis with emphysema ในผู้ป่วยสูงอายุ (≥ 65 ปี) และมีโรคร่วมกับ DM, HT ให้สั่งจ่ายยาได้ไม่เกิน 2 หลอด/ ใบสั่งยา)

3. ขอให้เริ่มใช้ Salbutamol MDI ในรายที่เป็น Bronchospasm , Bronchial asthma ก่อนจนกว่าจะมีหลักฐานว่าไม่ได้ผล
4. ขอให้เริ่มใช้ Budesonide MDI ก่อนจนกว่าจะมีหลักฐานว่าไม่ตอบสนองต่อยา Budesonide MDI หรือมี Revisit > 2 ครั้ง/สัปดาห์ จึงเริ่มใช้ Seretide