

ใบประกอบการสั่งยาต้านจุลชีพ

1. หน่วยงาน.....วันที่.....HN.....
2. ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....
3. เป็นการสั่งใช้จาก ในโรงพยาบาล รับการส่งต่อจาก รพศ.
4. เป็นการรับเชื้อ ในโรงพยาบาล นอกโรงพยาบาล
5. โรคติดเชื้อหรือตำแหน่งติดเชื้อ 1.....
ที่ใช้น้ำในการรักษา 2.....
6. โรคพื้นฐานของผู้ป่วย คือ
7. เคยใช้ยาต้านจุลชีพอื่นมาก่อน คือ
8. ยาต้านจุลชีพที่ต้องการใช้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

ชื่อยา

ข้อแนะนำในการใช้ยา

- 1.1 Augmentin 1 gm tab → ใช้สำหรับการติดเชื้อที่สงสัยว่าจะเกิดจากเชื้อ H. influenza และ/หรือ M. catarrhalis
- 1.2 Augmentin 1 gm tab → ใช้รักษาโรคติดเชื้อผสมระหว่างแบคทีเรียชนิด aerobes & anaerobes
- 1.1 Augmentin 1.2 gm inj → ใช้รักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียจำเพาะที่ดื้อต่อ ampicillin โดยเฉพาะที่ผลิตเอ็นไซม์ beta-lactamase
- 1.2 Augmentin 1.2 gm inj → ใช้รักษาโรคติดเชื้อผสมระหว่างแบคทีเรียชนิด aerobes & anaerobes
- 3.1 Ciprofloxacin inj → เมื่อสาเหตุเป็นเชื้อแกรมลบที่ไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม beta-lactam และ/หรือ ยาในกลุ่ม aminoglycoside ได้
- 3.2 Ciprofloxacin inj → ใช้เป็น empiric therapy ใน 3 วันแรกของการรักษารวมกับยาในกลุ่ม beta lactam และ/หรือ ยาในกลุ่ม aminoglycoside ในการรักษา severe hospital-acquired pneumonia ในกรณีที่ไม่สามารถทานยาได้
4. Ciprofloxacin 500mg tab → เมื่อสาเหตุเป็นเชื้อแกรมลบที่ดื้อยาอื่นๆ แล้วเกือบทั้งหมด
5. Ceftazidime inj → ใช้รักษาการติดเชื้อแกรมลบที่ดื้อยาอื่น ผู้ป่วยไตวาย ถ้าไม่คิดถึงเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ควรใช้ Ceftriaxone จะดีกว่า
6. → ใช้รักษาการติดเชื้อกรณีไม่ตอบสนองจากยาตัวอื่น

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้รักษา.....

(.....)

ขอความร่วมมือ :

1. ให้แนบใบประกอบการใช้ยาทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา
2. สั่งจ่ายยาได้ไม่เกิน 10 วัน/ใบสั่งยา และหากระยะเวลาการรักษาเกินกว่า 10 วันให้นัดติดตามอาการเพื่อสั่งยาและให้การรักษาต่อเนื่อง
3. ขอให้เริ่มใช้ยาปฏิชีวนะรายการอื่นก่อนจนกว่าจะมีหลักฐานว่าไม่ได้ผล