**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 1**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยารักษาโรคเบาหวาน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Insulin aspart 30%, insulin aspart with protamine 70% (Cartridge 3 ml) (ED ง)** | | | | |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | หลอด |
|  | ○ | ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) บ่อย เมื่อใช้ conventional insulin | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูงผิดปกติ (PPG > 180 mg/dl) | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ......................................................................................... | | | |
| **( )** | **Repaglinide 1 mg (ED ง)** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ใช้สำหรับลด postprandial hyperglycemia | | | |
|  | ○ | มีความเสี่ยงต่อ hypoglycemia สูง | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ............................................................................................. | | | |
| **( )** | **Voglibose (NON-ED)** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วยควบคุม FPG ดี คืออยู่ในช่วง 90 – 130 mg/dl แต่ HbA1C> 8% | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูงผิดปกติ (PPG > 180 mg/dl) | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ........................................... อาการ ....................................................................................... | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ............................................................................................. | | | |

ลงนามแพทย์…………………………..……..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 2**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Rosuvastatin 10 mg (NON-ED)** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................... | | จำนวน |  |  |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin ในขนาด 40 mg ติดต่อกัน 6 เดือน แล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้ถึงค่าเป้าหมาย | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin มีผลข้างเคียง ได้แก่ มีค่า alanine aminotransferase (ALT) เพิ่มขึ้น 3 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin แล้วค่า creatine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา simvastatin/ atorvastatin อาการ ..................................................................................... | | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ............................................................................................ | | | | |
|  |  |  | | | | |

ลงนามแพทย์…………………………..……..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 3**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยาปฏิชีวนะ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Azithromycin 250 mg(ED ง)**  **Azithromycin 200 mg / 5 ml Syrup (ED ง)** | |  | |  | |  |
| **( )** |
|  | วิธีใช้ ....................................................................................................... | | จำนวน | | …………….……. | | เม็ด/ขวด |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง กรณีที่ใช้ยาอื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อ non-tuberculous mycobacterium (NTM) | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย early syphilis ที่ไม่สามารถใช้ ยา penicillin หรือ doxycycline หรือ ceftriaxone ได้  (ขนาดรับประทาน 2 กรัม กินครั้งเดียว) | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ...................................................... อาการ ........................................................................... | | | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ........................................................................................... | | | | | |
| **( )** | **Ciprofloxacin 500 mg (ED ง)** | |  | |  | |  |
|  | วิธีใช้ ....................................................................................................... | | จำนวน | | …………….……. | | เม็ด |
|  | ○ | ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เช่น ใช้ต่อเนื่องจากยาฉีด (sequential therapy หรือ switch therapy | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยใช้ยาปฏิชีวนะ ใน first line drug แล้วไม่ได้ผล | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ...................................................... อาการ ........................................................................... | | | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ......................................................................................... | | | | | |
| **( )** | **Clarithromycin 500 mg (ED ง)** | | |  | |  |  |
|  | วิธีใช้ .................................................................................................................. | | | จำนวน | | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ กรณีที่ใช้ยาอื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยติดเชื้อ non-tuberculous *Mycobacterium* sp. (atypical mycobacterium) | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันว่ามีเชื้อ *H. pylori* โดยใช้เป็น triple therapy หรือ quardruple therapy | | | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ...................................................... อาการ ........................................................................... | | | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ.......................................................................................... | | | | | |

ลงนามแพทย์………………………..………..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 4**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยาปฏิชีวนะ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Cefixime dry syrup (ED ง) “ยาเฉพาะกุมารแพทย์”** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | ขวด |
|  | ○ | ใช้ใน switch therapy ในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรีย กรัมลบ | | | |
|  | ○ | ใช้ในผู้ป่วย infectious diarrhea / UTI ในเด็กที่ไม่สามารถใช้ยาเม็ดได้ | | | |
|  | ○ | ใช้ในผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในกรณีที่ใช้ยากลุ่ม fluoroquinolone แล้วดื้อยา หรือไม่ได้ผล | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ......................................................................................... | | | |
| **( )** | **Cefixime 100 mg (ED ง) “ยาเฉพาะคลินิกกามโรค”** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ .................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ใช้รักษาหนองในแท้ เฉพาะที่อวัยวะเพศ และทวารหนัก เมื่อไม่สามารถใช้ยา ceftriaxone ได้ | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ......................................................................................... | | | |
| **( )** | **Levofloxacin 500 mg (ED ง)** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ...................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ผู้ป่วย isoniazid mono resistance ซึ่งมีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย hepatitis ระหว่างการ re-challenge ยาวัณโรค (H R Z) | | | |
|  | ○ | ผู้ป่วย พบ ADR จากยา ...................................................... อาการ ....................................................................... | | | |
|  | ○ | ใช้ในผู้ป่วยดื้อยาอื่นๆ ระบุชื่อยา ............................................................................................................................ | | | |
|  | ○ | ใช้ใน MDR-TB โดยเป็น second-line therapy | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ......................................................................................... | | | |

ลงนามแพทย์………………………..………..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

วันที่……./…………/………….

**ใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ชุดที่ 5**

**(สำหรับแพทย์ต่อการสั่งจ่ายยา 1 ครั้ง)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................................................................................................................................................................

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย ......................................................... อายุ.............................. ปี เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ................................................ เลขที่บัตรประชาชน ............................................................................

ผลการวินิจฉัย..................................................................................................................................................................................

\*\*\* ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตามมาตรฐานก่อนที่จะใช้ยานี้\*\*\*

**กลุ่มยาสเตียรอยด์**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Triamcinolone Nasal Spray 55 mcg/dose (NONED) “ยาเฉพาะคลินิก E.N.T.”** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | ขวด |
|  | ○ | ใช้ในกรณี allergic rhinitisที่ใช้ยาในบัญชียาหลัก (Budesonide Nasal Spray 64 mcg.) แล้วไม่ได้ผล | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ........................................................................................... | | | |

**กลุ่มยาบรรเทาอาการปวด**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Gabapentin 300 mg (ED ง)** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ .................................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | บรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของเส้นประสาทเท่านั้น | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ......................................................................................... | | | |

**กลุ่มยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | **Alprazolam (NONED) (วัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภท 2)** | |  |  |  |
|  | วิธีใช้ ........................................................................................................................... | | จำนวน | …………. | เม็ด |
|  | ○ | ต้องได้รับยา diazepam , lorazepam , dipotassium chlorazepate มาแล้ว แต่ไม่ได้ผลในการรักษา | | | |
|  | ○ | เหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ........................................................................................... | | | |

ลงนามแพทย์………………………..………..…………….ผู้สั่งใช้ยา

แพทย์ประจำ แพทย์ห้วงเวลา

วันที่……./…………/………….