

รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕

วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ ตึกอำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่

๑. นายวิชาญ แป้นทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่	ประธานกรรมการ
๒. นางรวิพิมพ์ วัฒนะโชติ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นายชล ศีลาเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นพ.จักรพันธ์ เพ็ชรรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวแพรวพรรณ ฉิมโหมด	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายสกันธ์ โดยคำดี	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๗. นางสาวศรีนภา เขียวสมบูรณ์	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๘. นายประวิทย์ เมธีศิริวัฒน์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๙. นายศิวะ กรวยศิริวงศ์	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวอรพรรณ ทองอ้น	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวปราณปรียา ชาญธัญกรรม	เภสัชกร	กรรมการ
๑๒. นางประภาพร ดั่งสงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๓. นางสินทาน หมื่นไธสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๔. นางสาวสุพัตตรา บุญรอด	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นางเบญจวรรณ แก้วกิจการ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๖. นางสาวอมรรัตน์ ชูพินิจ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางสาวพัชรภา เตือนดาว	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ

รายชื่อผู้ไม่เข้าประชุม

๑. นายประวิทย์ เมธีศิริวัฒน์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒. นางสาวแพรวพรรณ ฉิมโหมด	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๓. นายชล ศีลาเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นายศิวะ กรวยศิริวงศ์	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. นางรวิพิมพ์ วัฒนะโชติ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบและพิจารณา

รายงานมูลค่าการใช้ยา IPD ในปีงบประมาณ 2566 ใน 20 อันดับแรก

ลำดับ	รายการยา	ราคารวม	ราคาต่อหน่วย	จำนวนรวม
1	NSS [1,000 mL]	289,644.00	27.50	10,071.00
2	D-5-W [100 mL]	267,640.00	20.00	13,382.00
3	Ceftazidime inj. [Cef-4]	242,582.00	22.00	9,764.00
4	NSS [100 mL]	156,671.00	16.00	10,582.00
5	Ceftriaxone inj. [Cef-3]	130,401.00	12.50	
6	Clindamycin inj.	83,467.00	23.00	
7	Augmentin inj.	76,654.50	40.00	
8	Metronidazole inj.	64,526.50	18.50	
9	NSS For Irrigation	53,414.50	33.50	
10	Tramadol inj.	48,338.50	8.25	
11	Omeprazole inj.	47,085.00	15.00	
12	D-5-N/2 [1,000 mL]	37,987.50	36.50	
13	Adenosine inj.	38,590.00	454.00	
14	Amiodarone inj. [HAD]	36,218.00	91.00	
15	D-5-N/3 [500 mL]	32,724.00	32.00	
16	Seretide MDI (125+25)	32,040.00	356.00	
17	Buscopan inj. [Hyoscine]	35,007.50	13.50	
18	Phenytoin sodium inj.	30,992.00	298.00	104.00
19	Furosemide inj. 20 mg/amp	29,372.00	7.00	4,196.00
20	Paracetamol 500 mg	50,823.00	1.00	50,823.00

พบว่า กลุ่ม Antibiotics drug และ สารน้ำต่างๆ มีมูลค่าการใช้มากเป็นอันดับต้นๆ



โดยเมื่อเทียบกับปี 2565 แล้ว ยาทุกรายการมีแนวโน้มการใช้ที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น

ลำดับ	ยา	ปี 2565	ปี 2566	คิดเป็น %
1	NSS [1,000 mL]	8,014.00	10,071.00	25.67
2	D-5-W [100 mL]	9,661.00	13,382.00	38.52
3	Ceftazidime inj. [Cef-4]	8,335.00	9,764.00	17.14
4	NSS [100 mL]	6,701.00	10,582.00	57.92
5	Ceftriaxone inj. [Cef-3]	8,574.00	11,300.00	31.79
6	Clindamycin inj.	3,306.00	3,629.00	9.77
7	Augmentin inj.	769.00	1,896.00	146.55
8	Metronidazole inj.	2,142.00	3,259.00	52.15

เมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละที่เพิ่มขึ้น พบว่า Amoxicillin+Clavulanic acid inj. มีมูลค่าการใช้ยาคิดเป็นร้อยละเพิ่มขึ้นมากที่สุดในกลุ่ม Antibiotic drugs ด้วยกัน ทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากมูลค่ายาต่อโวลูมีมูลค่าสูงรวมด้วย หากการใช้ยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจต้องมีการนำแนวทางการใช้ยา DUE เข้ามาช่วยประเมินด้วย

ส่วนยาอื่น ๆ ที่มีมูลค่า และจำนวนการใช้ที่สูงขึ้นนั้น เป็นการใช้เฉพาะโรคที่อุบัติขึ้นมากในช่วงเวลานั้นๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยโรคท้องเสีย อาเจียน เป็นต้น ทำให้มีการใช้สารน้ำ D5N/3 มาก

- ที่ประชุมรับทราบร่วมกัน

รายงานมูลค่าการใช้ยา OPD ในปีงบประมาณ 2566 ใน 20 อันดับแรก

ลำดับ	รายการยา	ราคารวม	ราคาต่อหน่วย	จำนวนรวม
1	Seretide MDI (125+25)	484,160.00	356.00	1,360.00
2	Losartan 50 mg	536,081.50	1.50	357,167.00
3	Amlodipine 5 mg	698,773.00	1.00	698,773.00
4	Berodual MDI	256,733.00	139.00	1,847.00
5	Simvastatin 20 mg	450,204.00	1.00	450,204.00
6	METFORMIN HCL 500 mg	729,164.00	1.00	
7	Depakine CR 500 mg	235,037.00	11.00	
8	Sertraline 50 mg	228,903.50	2.75	
9	Atorvastatin 40 mg	182,113.75	2.25	
10	Enalapril 20 mg	325,668.00	1.00	
11	Hydralazine 50 mg	289,020.00	1.50	
12	BUDEsonide MDI	104,370.00	78.00	
13	NPH insulin 10 ml/vial	100,485.00	77.00	
14	RisPERidone 2 mg	111,854.75	3.75	
15	NPH insulin [PEN]	94,259.00	92.00	
16	IBUPROFEN 400 mg	145,486.00	1.50	
17	Amoxicillin+Clavulanic 1 G	96,857.50	4.50	
18	Methyldopa 250 mg	108,094.00	2.00	
19	Enalapril 5 mg	171,671.00	0.50	
20	Omeprazole 20 mg	141,402.50	1.00	140,722.00

พบว่า กลุ่ม Antibiotics drug และ สารน้ำต่างๆ มีมูลค่าการใช้มากเป็นอันดับต้นๆ



โดยเมื่อเทียบกับปี 2565 แล้ว ยาทุกรายการมีแนวโน้มการใช้ที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น

12	BUDEsonide MDI	1,200.00	1,305.00	8.75
13	NPH insulin 10 ml/vial	1,242.00	1,305.00	5.07
14	RisPERidone 2 mg	21,188.00	29,753.00	40.42
15	NPH insulin [PEN]	941.00	1,024.00	8.82
16	IBUPROFEN 400 mg	54,709.00	96,772.00	76.88
17	Amoxicillin+Clavulanic 1 G	14,778.00	21,521.00	45.63
18	Methyldopa 250 mg	49,059.00	54,047.00	10.17
19	Enalapril 5 mg	296,177.00	342,654.00	15.69

เมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละที่เพิ่มขึ้น พบว่า Ibuprofen มีมูลค่าการใช้ยารวมทั้งจำนวนคิดเป็นร้อยละเพิ่มขึ้นมากที่สุด

นายแพทย์จ๊กพันธ์ : ให้ความเห็นว่า เพื่อลดการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ควรมีการนำเข้ายาในกลุ่ม Muscle Relaxant Drugs เข้ามาใน รพ. เนื่องจากในผู้ป่วยบางราย มีความจำเป็นใช้ยาในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ แต่ รพ.ยังไม่มีกรอบยานี้อยู่ในรายการ จึงต้องจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs เข้ามาแทน

กลุ่มงานเภสัชกร : ให้ความเห็นว่า กรณีที่จะนำยาในกลุ่ม Muscle Relaxant Drugs เข้ามา จะต้องมีการนำยาในกลุ่ม NSAIDs บางตัว ออกจากบัญชีรายการยา รพ. เนื่องจากตัวยา NSAIDs ค่อนข้างเยอะ และบางรายการการใช้ค่อนข้างน้อยและมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย เช่น โรคไต จึงขอเสนอตัวยา Piroxicam ออกจาก บัญชีรายการยาของ รพ.

- ที่ประชุมรับทราบร่วมกัน

- รายการยาที่ใช้สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จะมีเงื่อนไขในการสั่งใช้ ดังต่อไปนี้

- มติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ได้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการใช้ยาไวรัสตับอักเสบซี
 1. เพิ่มให้ แพทย์ที่ผ่านการอบรมฯ สามารถสั่งจ่ายยาได้
 2. ขยายช่วงอายุของผู้ป่วยเป็น ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป (จากเดิมจำกัดอายุ 18-70 ปี)
 3. เพิ่มวิธีการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV RNA quantitative method, HCV RNA qualitative method, HCV core antigen) ที่มีราคาถูกลง
 4. ปรับเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วย HIV/AIDs, ผู้ติ่มสุรา และผู้ใช้สารเสพติด ให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้น

รายการยา ได้แก่

- Sofosbuvir tablets ขนาด 400 mg + Velpatasvir tablets ขนาด 100 mg หรือเรียกว่า GPO HEP-C
- Ribavirin tablet 200 mg

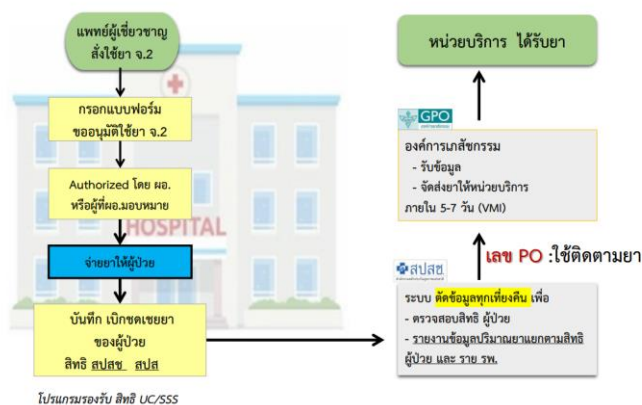


โดยแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านไร่ที่สามารถสั่งจ่ายยา มีดังนี้

1. นายแพทย์จ๊กพันธ์ เพ็ชรรัตน์
2. นายแพทย์สกนธ์ โดยคำดี

มีขั้นตอน ดังนี้ (มีเอกสาร CBG แนบประกอบด้วย)

ขั้นตอนการเบิกชดเชยยา



โดยจะไม่มีกรจ่ายยาหากไม่มีแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยมาจาก รพ.อุทัยธานี/แบบฟอร์มข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนพร้อมลายเซ็นแพทย์ผู้มีอำนาจสั่งใช้

- ที่ประชุมรับทราบร่วมกัน

▪ ผลการสืบราคาขายของจังหวัดอุทัยธานี

เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2566 มีผลการสืบราคาขายทั้งหมด 20 รายการ ดังนี้ (ตามเอกสารแนบ)

การพิจารณาการสืบราคาขายได้ประเมินอยู่บนหลักฐานทางวิชาการที่บริษัทได้ส่งมาให้พิจารณาตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์ที่ได้แจ้งไป รวมถึงราคาขายที่ส่งมามีความเหมาะสมและคุ้มค่า ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการซื้อยาของโรงพยาบาล

โดยการเปลี่ยนแปลงยี่ห้อยา เพื่อสั่งซื้อยาตามผลการสืบราคาขาย จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบผลิตภัณฑ์ เช่น ลักษณะแผงยา, กล่องยา, เม็ดยา เป็นต้น



1. ราคาถูกลงกว่า 57%
2. ไม่มี Counter Dose
3. การใช้ยังไม่แพร่หลาย แต่ยาที่ รพ.ใช้ของบริษัทอยู่ขณะนี้ Budesonide MDI, Berodual MDI
4. Placebo Effect

ตัวอย่าง ยาที่มีการเปลี่ยนแปลง จะไม่มีตัวนับจำนวนยาที่ตัวพ่นยา เกสเซอร์ผู้จ่ายยาต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยก่อนจ่ายยา เพื่อป้องกันการเข้าใจผิด และความกังวลเกี่ยวกับยาตัวใหม่

รวมถึงยาที่มีการเปลี่ยนยี่ห้อตัวอื่น เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมีความกังวลต่อยาที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ เช่น กังวลว่าจะแพ้ยา, กังวลว่ายาดั้วใหม่อาจจะใช้ในการรักษาไม่ได้ผล เป็นต้น

กลุ่มงานเภสัชกร : จัดทำ Sticker สำหรับแปะหน้าซองยา โดยระบุข้อความว่า “ยาเดิมเปลี่ยนแผงใหม่”

ซึ่งจะขอความร่วมมือของสหวิชาชีพช่วยกันทำความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในบางกรณีที่มีความกังวล



กลุ่มการพยาบาล : หากกรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมใช้ยายี่ห้อใหม่ มีแนวทางในการจัดการอย่างไร

กลุ่มงานเภสัชกรรม : หากผ่านขั้นตอนการอธิบายให้เข้าใจแล้ว ยังไม่สามารถคลายความกังวลให้กับผู้ป่วยได้ จะแนะนำให้ผู้ป่วยรับยายี่ห้อเดิมที่ร้านยาไปก่อน ในกรณีที่ยายี่ห้อใหม่ทำให้เกิดความกังวล หรือผู้ป่วยเกิดการบริหารยาผิดพลาด

ทางคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจะต้องเข้าร่วมหารือเรื่องการกลับมาให้ยี่ห้อเดิม
 ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	ขนาดการใช้ยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า
Aluminium+ Magnesium+ Simethicone	Susp.	660+360+50 mg 240 ml	ก	18 บาท/ขวด	1 ซ้อนโต๊ะ หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง	เพื่อทดแทนยา Aluminium+ Magnesium 220+120 mg/240 ml - ราคาสูงกว่า : 20 บาท/ขวด - ลดการจ่าย Simethicone - กรณีที่ผู้ป่วยแพ้ Simethicone ใน บัญชียามี Aluminium+Magnesium Tab ไว้ใช้ทดแทน



ผลการสืบราคายามีผลให้ปรับเปลี่ยนสูตรยาเคลือบกระเพาะและยาลดอาการท้องอืดท้องเฟ้อตามที่แจ้งไว้ดังตาราง ซึ่ง
 สูตรใหม่นี้จะมีความแรงต่อ 5 ซีซี มากกว่าสูตรเดิม 3 เท่า การทานยาจากเดิม 2 ซ้อนโต๊ะ จะปรับเป็น 1 ซ้อนโต๊ะ วันละ 3 เวลา

การคัดเลือกยาเข้า-ออก โรงพยาบาลบ้านไร่ ประจำปีงบประมาณ 2567

(เกณฑ์การคัดเลือกยาเข้า-ออก ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เป็นไปตามเอกสารแนบ)

❖ เสนอยาเข้า โดย

1. องค์กรแพทย์ (ตามเอกสารแนบที่ส่งมา)

- Cefixime (3rd generation Cephalosporin)
- Cefotaxime (3rd generation Cephalosporin)

สรุปข้อมูลได้ดังนี้

ยา	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา		ราคา	เหตุผลในการ เสนอยาเข้า
Cefixime 3rd generation Cephalosporin	Hard capsule	100 mg	ง	เงื่อนไข : 1. ใช้เป็น switch therapy ในการรักษาโรคติดเชื้อ แบคทีเรียกรัมนลบ 2. ใช้รักษาหนองในแต่เฉพาะที่อวัยวะเพศและทวารหนัก เมื่อไม่สามารถใช้ยา Ceftriaxone ได้ 3. ใช้รักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในกรณี ที่ใช้ยาในกลุ่ม fluoroquinolone แล้วตัวยาก็ ไม่ได้ผล	10.70 บาท/ เม็ด	เพื่อใช้ในการ Switch Therapy จากการให้ยา 3rd generation Cephalosporin รูปแบบยาฉีด มาเป็นรูปแบบยา รับประทาน
	powder for oral suspension	100 mg/5 ml 60 ml	ง		216.00 บาท/ ขวด	

องค์การแพทย์ : เมื่อให้การรักษากับผู้ป่วย IPD ที่มีการใช้ยาในกลุ่ม 3rd generation Cephalosporin รูปแบบ IV drip เมื่อจะทำการ D/c ผู้ป่วย แพทย์ไม่สามารถหายาในรูปแบบประทานมา switch therapy ให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีเพียง 1st Cephalosporin คือ Cefalexin capsule ขนาด 250 / 500 mg เท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลเสีย ดังนี้

- การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ / ไม่หายจากการติดเชื้อ / ล้มเหลวในการรักษา
- เกิดเชื้อดื้อยา
- ผู้ป่วยอาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพื่อรับการรักษาแบบ IV drip ซึ่งอาจเกิดผลอย่างอื่นตามมาได้ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาลแทรกซ้อน

กลุ่มงานเภสัชกรรม : เนื่องจากกลุ่มยา Cephalosporin โรงพยาบาลมีหลายรายการ หากต้องการนำยากลับเดิมเข้า อาจต้องนำยาบางตัวออก เช่น Cefalexin capsule ขนาด 500 mg ออก และยากกลุ่ม Cephalosporin ที่มีการนำเสนอเข้า จัดอยู่ในประเภทบัญชียา ง. ร่วมกับมีราคาที่สูง จะต้องมีกระบวนการใช้จ่าย โดยต้องมีใบ DUEs กำกับในการใช้จ่ายด้วย

ที่ประชุม : ยังไม่มีข้อสรุป

ข้อเสนอแนะ : อาจต้องมีการเก็บจำนวนเคสที่มีการรักษาที่ล้มเหลว / ได้รับผลกระทบจากการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น / การเกิดเชื้อดื้อยา มาพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง

ยา	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา		ราคา	เหตุผลในการเสนอเข้า
Cefotaxime 3rd generation Cephalosporin	Sterile <u>pwdr</u> For injection	1 g	ค	หมายเหตุ : 1. ใช้สำหรับการติดเชื้อในทารกแรกเกิด เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด kernicterus จากการใช้จ่าย ceftriaxone 2. ใช้สำหรับโรคติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดจากแบคทีเรียกรัมลบ ในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี 3. ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ของ ceftriaxone แต่ต้องให้ยาบ่อยกว่า ceftriaxone	24 บาท/vial	ใช้สำหรับการติดเชื้อในทารกแรกเกิด เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด kernicterus จากการใช้จ่าย ceftriaxone

องค์การแพทย์ : เพื่อนำมาใช้ในเคสเด็กที่มีการติดเชื้อ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด Kernicterus จากการใช้ Ceftriaxone ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

กลุ่มงานเภสัชกรรม : เนื่องจากเคสเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ได้ใช้ยาในกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย และยังสามารถมียาที่ใช้ทดแทนได้ โดยที่ยังไม่พบ%การดื้อต่อยาตัวนั้นๆที่โรงพยาบาลบ้านไร่ จึงยังไม่พิจารณาการนำเข้ายา และเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยากกลุ่ม Cephalosporin หลายรายการในโรงพยาบาล

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

- Fenofibrate (DYSLIPIDEMIA drugs)

ยา	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	ขนาดการใช้ยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า
Fenofibrate (Fibric acid)	Hard capsule	200 mg (Micronized)	ค	2 บาท/เม็ด	200 mg/day ทานยาพร้อมอาหาร	เพื่อใช้แทนการใช้ยาร่วมกันระหว่างกลุ่มยา Statins+Gemfibrozil ซึ่งทำให้เกิดภาวะ Myopathy และนำไปสู่การเกิด Rhabdomyolysis ได้

องค์การแพทย์ : เพื่อนำมาใช้ในกรณีผู้ป่วยมีค่า LDL-C ร่วมกับ Triglyceride ที่สูงจนเข้าเกณฑ์ที่ต้องได้รับยาในการรักษา ร่วมกัน แต่โรงพยาบาลบ้านไร่มีรายการยา ดังนี้

- Simvastatin 10 /20 mg
- Gemfibrozil 300 / 600 mg
- Atorvastatin 40 mg

ซึ่งกลุ่มยา Statins กับ ยา Gemfibrozil ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้ เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ myopathy และนำไปสู่การเกิด rhabdomyolysis ได้ จึงมีความจำเป็นต้องนำยา Fenofibrate ที่เด่นเรื่องการลด Triglyceride มาใช้ร่วมกับยากกลุ่ม Statins ที่เด่นเรื่องการลด LDL-C ในผู้ป่วย

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

- Seretide® accuhaler (COPD Drug)



Salmetero/Fluticasone DPI

ยา	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	ข้อควรระวัง	เหตุผลในการเสนอยาเข้า
Salmeterol 50 mcg /Fluticasone 500 mcg Accuhaler LABA/ICS	dry powder inhaler; DPI)	200 mg	ค	597.60 บาท/ชิ้น	ห้ามใช้ซีริโกลโคโม ผู้ป่วยที่แพ้โปรตีนจากนมอย่างรุนแรง	เป็นยาที่มีขนาดยา/ประสิทธิภาพที่มากกว่ายาที่มีชื่ออยู่ในโรงพยาบาลขณะนี้

รูปแบบยา		รูปแบบยา	
DPI (Dry powder inhaler)	- ใช้ในผู้ที่มีแรงสุดลมหายใจเข้าที่มากพอ เนื่องจากในเครื่อง DPI จะไม่มีสารขับเคลื่อน จึงต้องบริหารยาด้วยแรงสุดของตนเองเท่านั้น - ไม่ต้องใช้เทคนิคพ่นยาให้สัมพันธ์กับการหายใจเข้า	MDI (Metered dose inhaler)	- ไม่ต้องใช้แรงสุดลมหายใจมาก เนื่องจากมีสารขับเคลื่อนยาเป็นส่วนมากถึง 80% - แต่จะต้องอาศัยเทคนิคพ่นยาให้สัมพันธ์กับการหายใจเข้า (hand-breath coordination)

องค์การแพทย์ : จากการตรวจคนไข้ที่คลินิก COPD พบว่ามีผู้ป่วยที่ใช้ Salmeterol+Fluticasone MDI ขนาด 25+125 mcg 2x2 puff แต่ยังไม่สามารถควบคุมอาการหอบเหนื่อยได้ แม้จะมีการสูดพ่นยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ (ประเมินโดยเภสัชกร), ลดสาเหตุของการเกิดโรคหรือเกิดอาการ (ไม่สูบบุหรี่, สภาพแวดล้อมเหมาะสม) แพทย์จึงมีความเห็นว่าควรมีขนาดยาที่สูงขึ้น เพื่อช่วยในการควบคุมอาการของผู้ป่วย โดยที่เลือกรูปแบบ DPI เนื่องจากวิธีการใช้จะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่อายุมากที่อาจมีปัญหาเรื่องของการกลืน, การสูดยาได้ และขนาดยามีขนาดเพิ่มขึ้นตามที่ต้องการ

กลุ่มงานเภสัชกรรม : สามารถเปลี่ยนยาในกรณีที่เหมาะสมจากสทิวาซีฟแล้ว มีความเหมาะสมในการเสตีปยาขึ้น เพื่อประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วย แต่ด้วยมูลค่ายาที่สูงประกอบกับหากผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงขอใช้ใบ DUEs ก่อนการจ่ายยาร่วมด้วย

องค์การแพทย์ : ในการสั่งจ่ายยาเบื้องต้นจะให้ในผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินจาก COPD Clinic ครบถ้วนแล้วเท่านั้น ดังนั้นจำนวนเคสก็จะค่อนข้างน้อย สามารถใช้ใบ DUEs ได้

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

- Paracetamol 450 mg + Orphenadrine 45 mg tablet

- Tolperisone

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	Pregnancy Category	ขนาดยา	เหตุผลในการเสนอเข้า
Paracetamol + Orphenadrine citrate	Tablet	450 mg + 35 mg	NED	0.35 บาท/เม็ด	C	ทานครั้งละ 1-2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง	เพื่อใช้ทดแทนยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคไตเรื้อรัง
Tolperisone HCL	Tablet	50 mg	NED	0.46 บาท/เม็ด	A	ผู้ใหญ่: 150-300mg/day Max 450 mg	

องค์การแพทย์ : อ้างอิงจากรายงานมูลค่าการใช้ยา OPD ที่มีการใช้ยา Ibuprofen (NASIDs) เพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2565 ที่ร้อยละ 76.88 และเพิ่มโอกาสในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะระยะ 3-5, ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ไม่เหมาะสมต่อการใช้ NSAIDs และลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยทั่วไป โดยนำเสนอ 2 รายการดังกล่าวมาข้างต้น เพื่อพิจารณาเรื่องประสิทธิภาพ, ความคุ้มค่า และความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

กลุ่มงานเภสัชกรรม : จากการนำเสนอรายการยา 2 รายการ กลุ่มงานเภสัชกรรมลงความเห็นว่าการใช้ Tolperisone จะมีความเหมาะสมมากกว่า เนื่องด้วยเหตุผลประกอบ ดังนี้

- สามารถใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย
- ลดการใช้จ่ายซ้ำซ้อน ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยา Paracetamol ร่วมด้วย
- ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ง่วงซึม มีน้อยกว่า

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา
Diclofenac	Tablet	25 mg	ก	0.14 บาท/เม็ด
Ibuprofen	Tablet	200 mg และ 400 mg	ก	0.50 และ 0.80 บาท/เม็ด
Naproxen	Tablet	250 mg	ก	1.07 บาท/เม็ด
Piroxicam	Capsule	10 mg	ข	0.80 บาท/เม็ด

กลุ่มงานเภสัชกรรม : และจากเกณฑ์การนำยาออกของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีความเห็นว่า ควรนำยา Piroxicam ออกจากบัญชีรายการยาโรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อเทียบมูลค่ายากับจำนวนการใช้ยากับ NSAIDs อื่นๆในโรงพยาบาลแล้วมีข้อควรนำออกมากกว่ายาตัวอื่นๆ

องค์การแพทย์ : กรณีหากผู้ป่วยมาด้วยกลุ่มกล้ามเนื้อ/ข้อต่อ ปวดอักเสบ มักจะเลือกจ่ายยา Diclofenac มากกว่า และเลือกใช้เป็นอันดับแรก ดังนั้นหากนำยา Tolperisone เข้า จึงเห็นสมควรที่สามารถนำยา Piroxicam ออกได้ ทั้งนี้มีผลดีทั้งข้อบ่งใช้ในการรักษา, ลดการมีซ้ำซ้อนในโรงพยาบาล, ลดความคลาดเคลื่อน, มีความคุ้มค่าในการรักษา เป็นต้น

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

- Lidocaine HCL Viscous

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	เหตุผลในการเสนอเข้า
Lidocaine Hydrochloride	Oromucosal solution	2 g/100 mL	ค	250 บาท/ขวด	เพื่อลดอาการเจ็บ/ปวดบริเวณช่องปาก ในผู้ป่วย HFM, Herpangina, Oral ulcer เป็นต้น
				- แบ่งใส่ขวดเพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านครั้งละ 10 ml คิดเป็น 25 บาท/ขวด - หลังจากแบ่งบรรจุเก็บไว้ได้ 6 เดือน	

องค์การแพทย์ : โรงพยาบาลบ้านไร่ ยังขาดยาที่ใช้ในการรักษาโรคมือ เท้า ปาก ในเด็ก ซึ่งในปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาด้วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวนหลายราย แต่ไม่ได้รับยาที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของแผลที่อยู่ในปาก ทางองค์การแพทย์ จึงเห็นว่ารายการนี้มีความสำคัญต่อผู้ป่วย มีประสิทธิภาพในการรักษา และมีความคุ้มค่า

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

- Tenofovir alafenamide (Antiviral drugs)

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	
Tenofovir alafenamide	Tablet	25 mg	ง	8 บาท/เม็ด	- ใช้รักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ในรายใหม่ - ใช้เป็น switch therapy ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังรายเดิมที่เคยได้รับการรักษาด้วยยา Lamivudine หรือ Entecavir หรือ Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) มาก่อน

องค์การแพทย์ : เนื่องจากแนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบี มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- นำ Lamivudine tablet ออกจากการรักษาหลัก และ TDF ถูกนำไปใช้ในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์
- Tenofovir alafenamide (TAF) เป็น 1st line drug ที่ใช้รักษาไวรัสตับอักเสบบี แทน

องค์การแพทย์จึงมีความเห็นว่าควรมีรายการนี้ในกรอบบัญชียา เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

กลุ่มงานเภสัชกรรม : จากการสืบหาจากบริษัทที่ผลิตยา โดยมุ่งเน้นไปที่องค์การเภสัชกรรม พบว่า ทางองค์การเภสัชกรรมยังไม่มีการจัดจำหน่ายโดยตรง ดังนั้นจึงต้องเป็นการไปซื้อมาจากบริษัทยาเอกชน ซึ่งหากมีผู้ป่วยมารับยาอาจจะต้องให้ใช้ TAF ก่อน แล้วทางหน่วยงานจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาจะทำการจัดหายามาให้อีกครั้ง เนื่องจากต้องติดต่อสอบถามข้อมูลเรื่องการทำ eGP กับทาง รพ.รัฐบาลก่อนค่ะ

3. หน่วยงานห้องคลอด (ตามเอกสารแนบที่ส่งมา)

- Micronized progesterone

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	ขนาดการใช้ยา	เหตุผลในการเสนอเข้า
Micronized progesterone	Cap	200 mg	ง	19.93 บาท/เม็ด	200 mg/day	เงื่อนไข : 1. ใช้ป้องกัน preterm birth ในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (หลัง 16 สัปดาห์ เป็นต้นไป) 2. ใช้ป้องกัน preterm birth ในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว ที่มี short cervical length (transvaginal น้อยกว่า 25 mm เพื่อลดโอกาสการเกิดการคลอดก่อนกำหนด

องค์การแพทย์ : เป็นการขอเพิ่มยาในกรอบโรงพยาบาลเนื่องจากยึดตามแนวทางการรักษาเดียวกันกับ รพ.จังหวัดอุทัยธานี แต่ตอนนี้การประชุมเพื่อสรุปแนวทางการรักษายังไม่เสร็จสิ้น จึงยังไม่ขอเพิ่มรายการนี้

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

3. หน่วยงานจิตเวชและยาเสพติด (ตามเอกสารแนบที่ส่งมา)

- Mianserin (Antidepressant drugs)

- Quetiapine (Antipsychotic drugs)

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	Pregnancy Category	ขนาดยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า
Mianserin HCL	film-coated tablet	10 mg	ข	2 บาท/เม็ด	B	30 - 90 mg/day ใช้ต่อเนื่องจนกระทั่ง 9Q score < 7 ติดต่อกัน 6 เดือน	เพื่อรักษาอาการซึมเศร้าที่มีภาวะวิตกกังวล

กลุ่มการพยาบาล : การนำเสนอยา 2 รายการ เป็นการขอข้อมูลมาจากแพทย์เฉพาะทางที่ รพ.จังหวัดอุทัยธานี ที่จะเข้ามาตรวจที่คลินิก 3 เดือนครั้ง โดยแพทย์แจ้งว่า กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา Fluoxetine และ Sertraline แล้วได้ผล การเปลี่ยนยาจะช่วยในการรักษาให้ดีขึ้น โดยที่ไม่ต้องรีเฟอร์ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ รพ.จังหวัด ซึ่งผู้ป่วยที่ รพ.บ้านไร่ มักมีปัญหาเรื่องการเดินทาง ทำให้ขาดการรักษา เกิดการรักษาที่ล้มเหลวได้

และยารายการดังกล่าวก็เป็นยาบัญชี ข ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้เมื่อยาบัญชี ก ไม่ได้ผล ตามแนวทางการรักษาอยู่แล้ว

องค์การแพทย์ : เห็นด้วยกับการเสนอรายการยานี้เข้ากรอบบัญชียาโรงพยาบาล และควรทำข้อตกลงร่วมกันเป็นแนวทาง เรื่องการเลือกจ่ายยา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	Pregnancy Category	ขนาดยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า
Quetiapine	film coated tablet	25 mg	NED	5.71 บาท/เม็ด	C	300 - 450 mg/day	เพื่อรักษาอาการจิตเภท/ อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) โดยมีเงื่อนไข คือ สั่งจ่ายโดยจิตแพทย์เท่านั้น หรือผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น

กลุ่มการพยาบาล : รายการยานี้แนะนำให้เสนอเข้าเนื่องจากมีผู้ป่วยที่จะถูกส่งกลับมารักษาที่ รพ.บ้านไร่ ด้วยโรคโปลิโอ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ก่อนหน้านี้มีการใช้ยารักษาครบทุกกลุ่มที่ควรจะใช้ตามแนวทางการรักษาแล้วแต่ไม่แสดงผล รพ.จังหวัดอุทัยธานี จึงให้การรักษาด้วยยารายการนี้ พบว่า สามารถควบคุมอาการได้

โดยการขอให้เพิ่มกรอบรายการนี้ในโรงพยาบาลเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย และมีเงื่อนไข คือ

1. เป็นการส่งต่อมารับยาจาก รพ.จังหวัดอุทัยธานีเท่านั้น
2. เป็นการส่งจากแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชที่มาตรวจที่ รพ.บ้านไร่เท่านั้น

องค์การแพทย์ : หากเป็นการเสนอเข้ามาโดยขอข้อมูลจากแพทย์เฉพาะทางจิตเวชที่มาตรวจรักษาที่ รพ.บ้านไร่ องค์การแพทย์เห็นว่าเหมาะสม และควรมีเงื่อนไขการสั่งใช้ยา เพื่อควบคุมจำนวนการสั่งยาในผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

กลุ่มงานเภสัชกรรม : ทางหน่วยงานจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาขอให้มีการแจ้งล่วงหน้าเรื่องการสั่งใช้ยาของผู้ป่วย แล้วจึงจะจัดซื้อยามาสำรองให้ใช้ เนื่องจากมูลค่ายาค่อนข้างสูง หากนำมาสต็อกไว้ตั้งแต่แรกแล้วยังไม่มีเคสสั่งใช้ ยาอาจจะใกล้วันหมดอายุไปก่อน โดยทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจะนำรายการยานี้เข้ากรอบบัญชียาโรงพยาบาลไว้ก่อน

4. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (มีเอกสารแนบ)

	รูปแบบยา	ความแรง	บัญชียา	ราคา	การใช้ยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า
Succinylated Gelatin modified fluid gelatin	solution for infusion	4% 500 ml	NED	235.4 บาท/ขวด	- ขนาดที่ใช้ในการรักษา ขนาดโดยเฉลี่ย 500 - 2,000 ml ต่อวัน - อัตราเร็วในการหยดยา - เข้าหลอดเลือดดำ และระยะเวลาในการใช้ ขึ้นอยู่กับข้อบ่งใช้ และ ความจำเป็นของผู้ป่วยในแต่ละราย	เพื่อทดแทนยา Polygeline (Haemacel) ที่หยุดจำหน่ายไป โดยเลือกที่ รพ.อุทัยธานีใช้ เพื่อให้เป็นไปตามกรอบบัญชียาของจังหวัด

กลุ่มงานเภสัชกรรม : แจ้งเรื่องการเปลี่ยนแปลงยาจาก Haemecel เป็น Gelofusine เนื่องจาก Haemecel ไม่มีบริษัทไหนในประเทศไทยนำเข้ามาแล้ว และการเปลี่ยนเป็น Gelofusine เนื่องจากเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน และเป็นยาที่อยู่ในกรอบตรง พยาบาลจังหวัดอุทัยธานี โดยได้แนบเอกสารเปรียบเทียบความแตกต่างและวิธีการใช้ของยาไว้แล้ว

ทบทวนรายการยาที่ระบุว่าเป็น ยาเฉพาะราย ของโรงพยาบาลบ้านไร่

นิยาม ยาที่สามารถส่งจ่ายได้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลอื่นเท่านั้น หรือมีการกำหนดเฉพาะข้อบ่งใช้บางอย่างในผู้ป่วย มีดังนี้

ยา	รูปแบบ	ความแรง	บัญชี	เงื่อนไข
Amiodarone HCL	Tab	200 mg	ค	สำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลอื่นเท่านั้น
Azathioprine	Tab	50 mg	ค	
Levodopa + <u>Benserazide</u>	Tab	200 + 50 mg	ก	
Carvedilol	Tab	6.25 mg	ค	
Clarithromycin	Tab	500 mg	ง	ใช้เฉพาะในผู้ป่วย TB เท่านั้น
Furosemide	Tab	500 mg	ก	สำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลอื่นเท่านั้น
Gabapentin	Cap	300 mg	ง	

ยา	รูปแบบ	ความแรง	บัญชี	เงื่อนไข
Hydroxychloroquine	Tab	200 mg	ข	สำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลอื่นเท่านั้น
Hydroxycarbamide	Cap	500 mg	ค	
Levofloxacin	Tab	500 mg	ง	ใช้เฉพาะในผู้ป่วย TB เท่านั้น
<u>Manidipine</u>	Tab	20 mg	ข	สำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลอื่นเท่านั้น
Methotrexate	Tab	2.5 mg	ค	
Pyridostigmine Br	Tab	60 mg	ก	
Sulfasalazine	EC tab	500 mg	ค	
Vitamin D2	Cap	20,000 u	ก	

องค์การแพทย์ : จากตารางข้างต้นจะเห็นว่ามียาที่อยู่ในบัญชี ยา ก. ซึ่งนายแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมได้ให้ความเห็นว่าสามารถเปิดแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านไร่สามารถสั่งใช้ได้ โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยได้รับการส่งจ่ายจากโรงพยาบาลจังหวัดมาก่อน ดังนี้

- Levodopa + Benserazide tablet 200+50 mg
- Furosemide tablet 500 mg
- Vitamin D2 cap 20,000 unit
- Pyridogstigmime Br tablet 60 mg

ส่วนยา Gabapentin จากการที่รักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านไร่ พบว่ากลุ่มอาการปวดขาที่ซ้ายพื้นฐาน เช่น Vitamin B, Amitriptyline แล้วอาการขาไม่ดีขึ้น เมื่อแพทย์ทำหนังสือส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดแล้วผู้ป่วยก็ไม่สะดวกไปรับการรักษา ทำให้ต้องใชยากลุ่มเดิมที่ได้ผลน้อยแต่เกิดอาการข้างเคียงต่อผู้ป่วยมาก เช่น ปากแห้ง คอแห้ง, มีนงง, ท้องผูก ต้องใช้ยาระบายช่วย

แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม จึงมีความเห็นว่า ควรปรับจาก Gabapentin 300 mg เป็น 100 mg สามารถสั่งจ่ายได้ โดยเริ่มที่ขนาดไม่สูงมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

ยา	รูปแบบ	ความแรง	บัญชี	เงื่อนไข
Naproxen	Tab	250 mg	ก	ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรค CVD
Lactulose	Syr	66.7 g/100 mL	ข	เงื่อนไข : 1. ใช้สำหรับ hepatic encephalopathy 2. ใช้สำหรับ chronic constipation ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี 3. ใช้เป็นทางเลือกในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ยาระบายอื่นไม่ได้ 4. ใช้เป็นทางเลือกในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ magnesium
Tranexamic acid	Cap	250 mg	ค	เงื่อนไข : 1. ใช้ในทางทันตกรรมเฉพาะกรณีทันเลือดด้วยวิธีปกติแล้วไม่ได้ผล 2. ใช้ก่อนทำ ศัลยกรรมในช่องปากในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเลือดออกแล้วหยุดยาก 3. ใช้สำหรับภาวะระดูมากผิดปกติ (menorrhagia), UGIH

องค์การแพทย์: การสั่งใช้ยา Lactulose syr แพทย์เฉพาะทางจะใช้นอกเหนือข้อบ่งใช้ที่ได้กล่าวมาคือ ใช้ในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมาก และมีภาวะโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ที่ประชุม : รับทราบร่วมกัน

รายงานยา DUE : 1 ตุลาคม 2565 – 1 กันยายน 2566

❖ Azithromycin capsule 250 mg

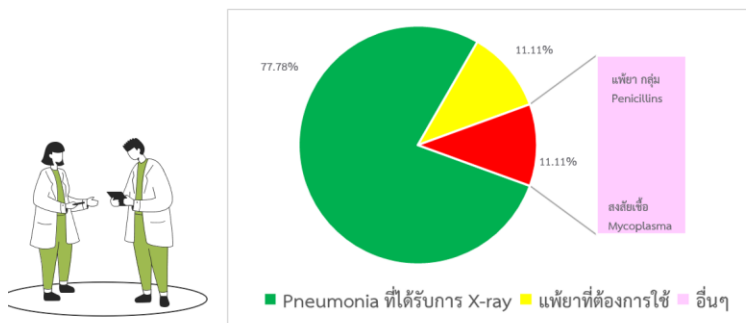
Azithromycin มีข้อบ่งใช้ที่กำหนดไว้ในเอกสารประกอบารสั่งใช้ยา ดังนี้

- ใช้สำหรับการติดเชื้อทางทันตกรรมและช่องปาก
- ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการรักษา วัน)
- ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- ใช้สำหรับการรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้

เหตุผลในการสั่งใช้ยาของแพทย์แบ่งได้ดังนี้

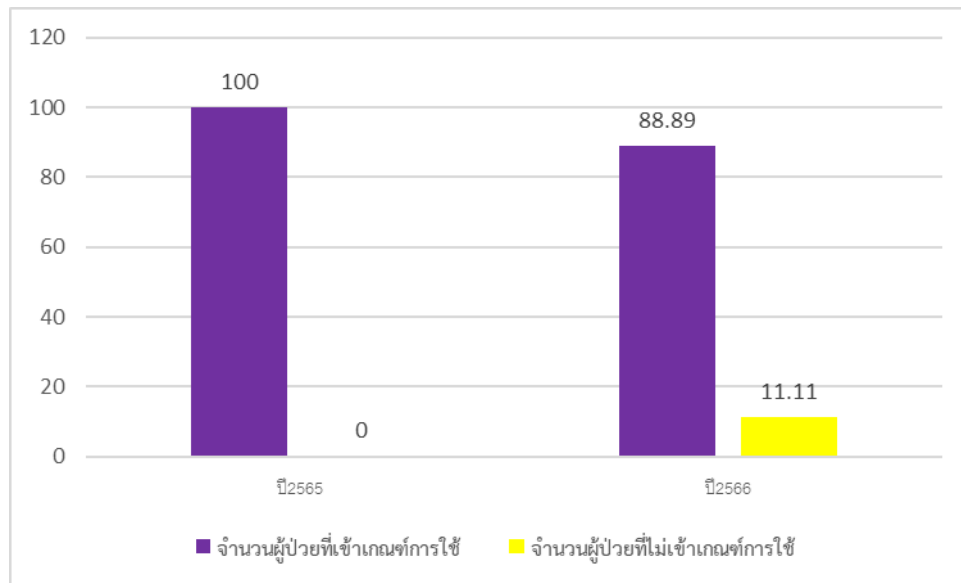
DUE ปีงบประมาณ 2566

Azithromycin cap 250 mg



หมายเหตุ*

เหตุผล “อื่นๆ” มี 1 ราย คือ ผู้ป่วยแพทย์ ไม่สามารถจ่ายยาที่เป็น 1st line drug ของการรักษาอื่นๆได้



แผนภาพแสดงการประเมินการใช้ยา Azithromycin คิดเป็นร้อยละ เปรียบเทียบ 2 ปีงบประมาณ

จากแผนภาพในปี 2565 แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ยา Azithromycin เข้าเกณฑ์ DUEs คิดเป็นร้อยละ 100 โดยที่มีจำนวนผู้ป่วย 1 ราย จากนั้นในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่เข้าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 11.11 ซึ่งในกรณีนี้เมื่อนำมาดูสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีประวัติแพทย์ที่ต้องการใช้เป็น 1st line drug จึงจำเป็นต้องใช้ยา Azithromycin แทน และจากการติดตามผลหลังจากการรักษา พบว่าผู้ป่วยหายเป็นปกติดี ไม่มีการกลับเข้ามารักษาด้วยการวินิจฉัยโรคเดิมซ้ำในช่วง 30 วัน หลังจากได้รับยา

❖ Ciprofloxacin inj. 200 mg/10 ml

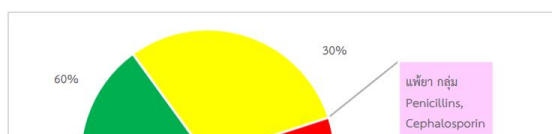
Ciprofloxacin มีข้อบ่งใช้ที่กำหนดไว้ในเอกสารประกอบารสั่งใช้ยา ดังนี้

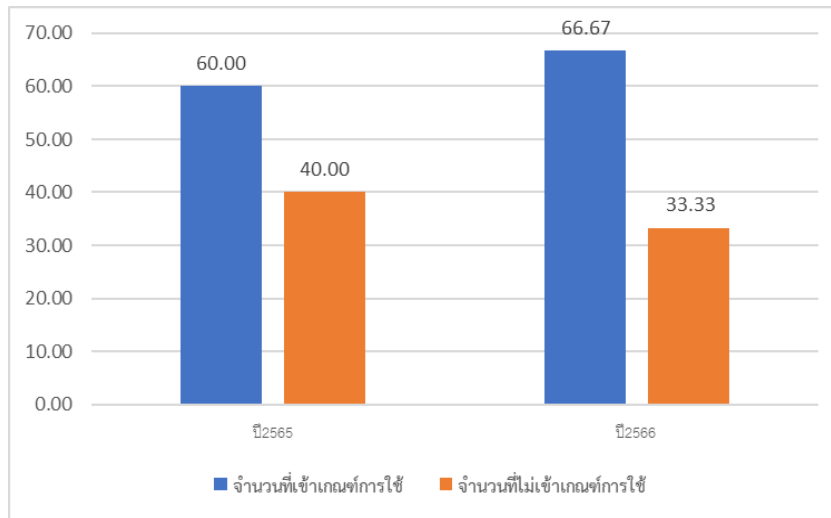
- ใช้ยา Antibiotic drugs ชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล อย่างน้อย 3 วัน
- เป็นยาที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลต้นทาง
- ผู้ป่วยแพทย์ที่ต้องการใช้

เหตุผลในการสั่งใช้ยาของแพทย์แบ่งได้ดังนี้

DUE ปีงบ 2566

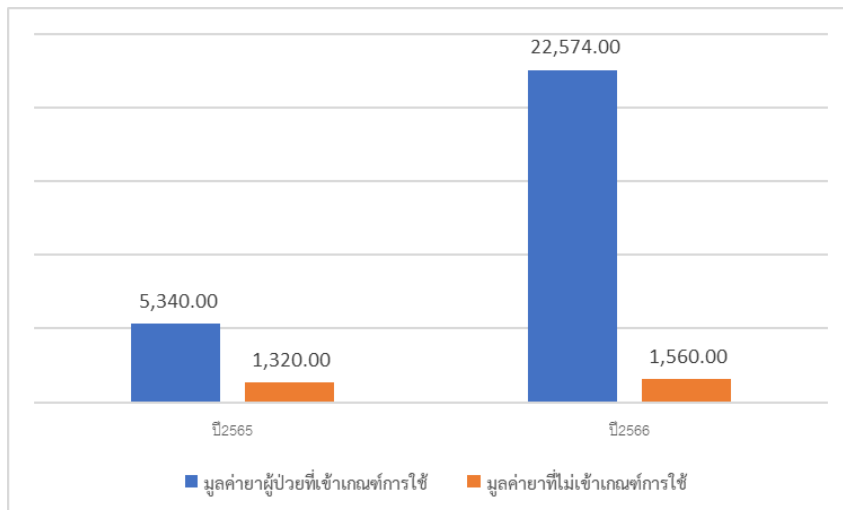
Ciprofloxacin inj. 200 mg





แผนภาพแสดงการประเมินการใช้ยา Ciprofloxacin inj. คิดเป็นร้อยละ ปีงบประมาณ 2565-2566

จากข้อมูลข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบ 2 ปีงบประมาณที่มีการนำ DUEs เข้ามาใช้ พบว่า ร้อยละของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมลดลง เนื่องจากในแต่ละปีจะมีการสะท้อนข้อมูลเรื่องของการใช้ยาไม่เหมาะสมให้กับแพทย์ จึงทำให้เห็นว่ามีการใช้ยาที่เหมาะสม



ส่วนเรื่องของมูลค่าการใช้ยา จะขึ้นอยู่กับจำนวนระยะเวลา/ขนาดของยาที่สั่งใช้ ซึ่งจะเห็นว่า ในปี 2566 เพิ่มขึ้น จากข้อมูลจึงทำให้เห็นว่าหากไม่มีการสอบถามข้อสงสัยเรื่องการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ทันเวลา จะทำให้มูลค่าการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น จึงเป็นโอกาสพัฒนาต่อไปในการประเมิน DUEs

เกณฑ์การคัดเลือกยาเข้า-ออก ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) มีหน้าที่พิจารณารายการยาเข้า-ออกบัญชียาโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลบ้านไร่กำหนดให้มีการประชุมทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยกำหนดให้มี ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) ในสัดส่วนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

1.การคัดเลือกยาเข้า

1.1.) พิจารณาโดยใช้หลักวิชาการ (Evidence based) และอาศัยหลักเกณฑ์การเสนอยาเข้าเภสัชตำรับของโรงพยาบาลเป็นแนวทาง โดยต้องสรุปผลการพิจารณาทั้งข้อดี ข้อเสีย และนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการ พิจารณาเปรียบเทียบคุณสมบัติของยาใหม่ที่เสนอนำเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกับยาที่มีอยู่เดิมต่อคณะกรรมการ เภสัชกรรมเพื่อลงมติ รายละเอียดที่สรุปควรพิจารณาในด้านต่างๆ ดังนี้

- ส่วนประกอบทางเคมีของตัวยาสำคัญ (Active Ingredient)
- ข้อบ่งใช้ของยา (Indication)
- ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและเภสัชจลนศาสตร์
- Drug availability (ข้อมูลจากโรงงานผู้ผลิต)
- Side effect/ Drug interaction/Adverse drug reaction
- Route of administration /Drug compliance
- Doses/ Preparation/ Packing
- Evidence based (รายงานผลการใช้ยาทางคลินิก)

1.2) พิจารณาความคุ้มค่า ประโยชน์ต่อผู้ป่วย และประโยชน์ต่อโรงพยาบาล อย่างเหมาะสม

1.3) ส่งเสริมการใช้ยาในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น สนับสนุนให้มีการติดตามประเมินผลการใช้ ยา (Drug use evaluation) สำหรับยาที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ยาที่ต้องเฝ้าระวัง ADR ยาที่เสี่ยงต่อการใช้ผิดข้อบ่งใช้ เป็นต้น

1.4) ในเบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงระบบการพิจารณาคัดเลือกยา ข้อสรุปที่เป็นลายลักษณ์อักษรของคณะกรรมการ ถือว่าแพทย์ผู้ใช้ได้ร่วมกันพิจารณาก่อนกรองอย่างดีแล้ว คณะกรรมการ PTC จะพิจารณาเฉพาะ รายการยาที่มีปัญหาและยังไม่มีข้อสรุปเท่านั้น

2.การคัดเลือกยาออก

คณะกรรมการ PTC ได้กำหนดเกณฑ์พิจารณาคัดเลือกยาออก ดังนี้

2.1) ยาที่มีอัตราการใช้ต่ำ ดำเนินการพิจารณาดักรายการยาออกรายปีงบประมาณ เสนอโดยงานเภสัชกรรม

2.2) ยาที่ถูกเสนอตัดออกขณะที่มีการเสนอยาเข้า กล่าวคือทุกครั้งที่มีการพิจารณานำยาเข้าจะมีการพิจารณายาที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกันควบคู่ไปด้วย หากเห็นยาใดสมควรนำออกให้พิจารณาร่วมกัน แล้วสรุปข้อเสนอผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรม

2.3) ยาที่ไม่มีการผลิตจำหน่ายหรือเพิกถอนทะเบียนยาไปแล้ว

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

1 สิงหาคม 2566

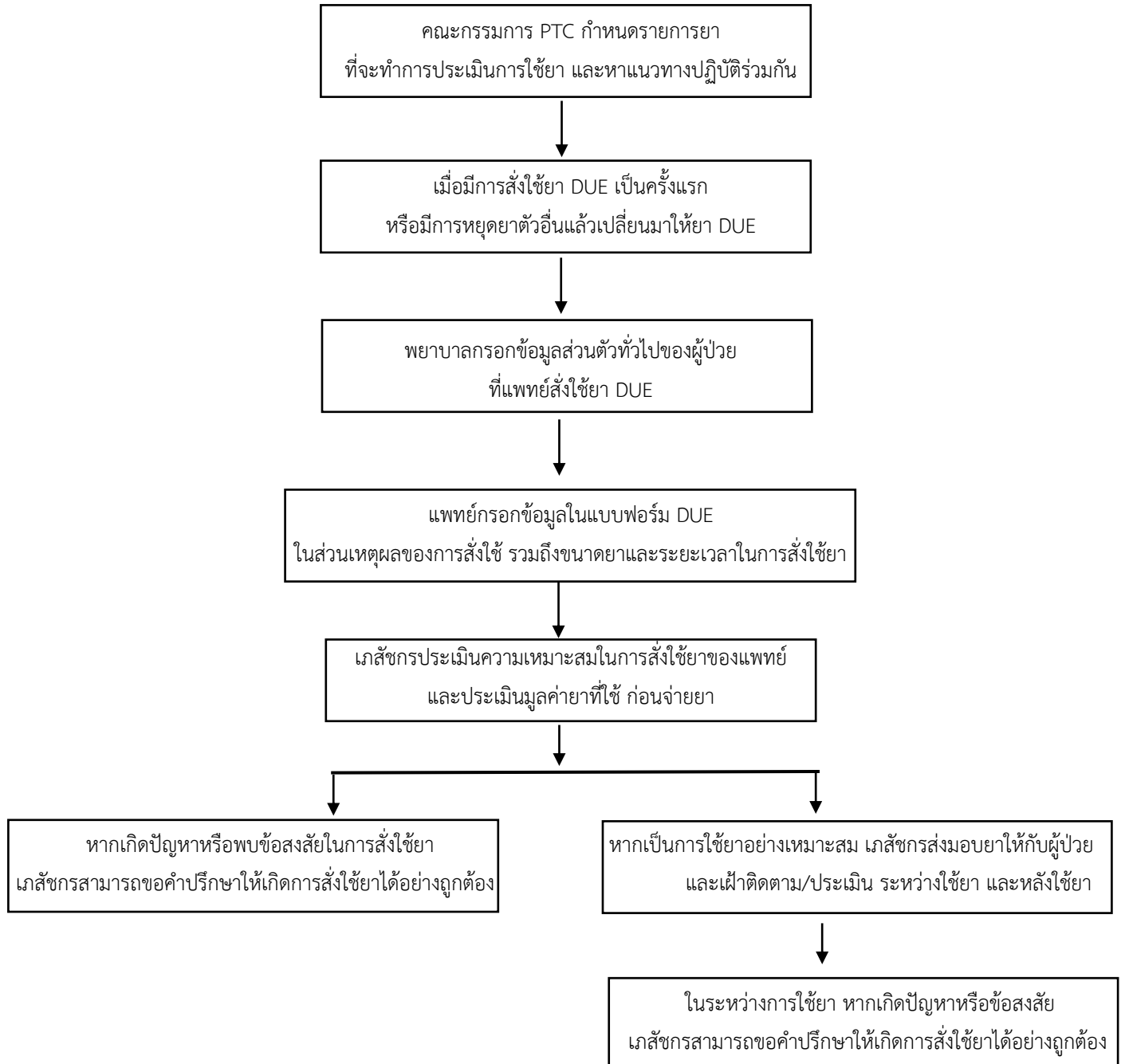
โรงพยาบาลบ้านไร่		
ระเบียบวิธีปฏิบัติเรื่อง	วันที่ปรับปรุง	วันที่บังคับใช้
แนวทางการประเมินการใช้ยา (DUE)	๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

Drug Use Evaluation หมายถึง การประเมินการใช้ยา เป็นการประกันคุณภาพการใช้ยาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แบ่งออกได้ดังนี้

- Prospective DUE เป็นการประเมินการรักษาของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับยา เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการรักษา และสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยา
- Concurrent DUE เป็นการติดตามการใช้ยาระหว่างที่ผู้ป่วยใช้ยา ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที่
- Retrospective DUE เป็นการประเมินการใช้ยย้อนหลัง หลังจากที่ผู้ป่วยหยุดใช้ยาแล้ว โดยหวังผลให้ช่วยวางแผนป้องกันการ用药ที่ไม่เหมาะสมในภายภาคหน้าได้

ระเบียบวิธีปฏิบัติเรื่อง	วันที่ปรับปรุง	วันที่บังคับใช้
แนวทางการประเมินการใช้ยา (DUE)	๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

■ แผนภาพแสดงแนวทางการประเมินการใช้ยา (DUE)





ที่ อนุ ๐๐๓๓.๐๐๖/ว ๗๓๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี ๖๑๐๐

๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดอุทัยธานี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ผลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดอุทัยธานี ปี ๒๕๖๖

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มีการดำเนินการให้บริษัทยาร่วมเสนอราคายาในการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดอุทัยธานี จัดทำบัญชีผู้ขายให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุทัยธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ราชการ และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ บัดนี้ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ขอแจ้งผลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดอุทัยธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้ทุกโรงพยาบาลทราบ และแจ้งให้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค และผู้รับผิดชอบงานในหน่วยงานของท่าน เพื่อใช้ในการดำเนินงานจัดทำแผนการจัดซื้อยาประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางจินตนา พูลสุขเสริม)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕ ต่อ ๑๐๖

โทรสาร ๐ ๕๖๕๑ ๑๓๒๗

ประกาศผลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดอุทัยธานี ปี ๒๕๖๖

ลำดับ	รายการยา	ลำดับที่	บริษัทเสนอราคา	ขนาดบรรจุ	ราคา	ราคาต่อหน่วย	หน่วยนับ
๑	Enalapril ๒๐ mg	๑	บ.เซ็นทรัลโพลีเทคเทรดดิ้ง จำกัด	๑๐๐๐	๓๐๐	๐.๓	เม็ด
		๒	บ.ชุมชนเภสัชกรรม จำกัด	๑๐๐๐	๓๓๐	๐.๓๓	เม็ด
๒	๐.๙% N.S.S ๑๐๐ ml	๒	บ.เบอรฺลิ้นฟาร์มาซูติคอลลอินดัสตรี จำกัด	๑๐๐๐	๓๓๐ (ต่อราคาลง)	๐.๓๓	เม็ด
		๑	บ.เยเนอรัล ฮอสปิทัล โปรดักส์ จำกัด	๑๐๐ ml	๙.๕๐	๙.๕๐	ขวด
		๒	บ.ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด (Thai Otsuka)	๑๐๐ ml	๑๐	๑๐	ขวด
		๑	บ.ที.แมงน ฟาร์มาซูติคอล จำกัด	๓๐	๓๗.๕๐	๑.๒๕	เม็ด
๓	Atorvastatin ๔๐ mg (amorphous form)	๑	บ. ที.แมงน ฟาร์มาซูติคอล จำกัด	๓๐	๓๗.๕๐	๑.๒๕	เม็ด
		๒	บ. พรอสฟาร์มา จำกัด	๓๐	๓๙.๕๙	๑.๓๑๗๖	เม็ด
๔	Hydralazine ๕๐ mg	๑	บ. ยูโรเพียน จำกัด	๕๐๐	๒๙๙	๐.๕๙๘	เม็ด
		๒	บ. เซ็นทรัลโพลีเทคเทรดดิ้ง จำกัด	๕๐๐	๒๙๙ (ต่อราคาลง)	๐.๕๙๘	เม็ด
๕	Manidipine ๒๐ mg	๑	บ.แมคโครฟาร์แมบ จำกัด	๑๐๐	๑๑๙.๔๐	๑.๑๙๔	เม็ด
		๒	บ.เบอรฺลิ้นฟาร์มาซูติคอลลอินดัสตรี จำกัด	๕๐๐	๖๐๐	๑.๒	เม็ด
๖	N.S.S ๐.๙% ๑๐๐๐ ml	๑	บ.เยเนอรัล ฮอสปิทัล โปรดักส์ จำกัด	๑๐๐๐ ml	๒๕	๒๕	ขวด
		๒	บ.ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด (Thai Otsuka)	๑๐๐๐ ml	๒๕ (ต่อราคาลง)	๒๕	ขวด
๗	Salmeterol + Fluticasone MDI ๒๕/๑๒๕ mcg (พร้อมอุปกรณ์)	๑	บ.ทีทแฮซีลิม เคลเลอร์ โลจิสติกส์ จำกัด (AeroCare)	-	๑๒๘.๔	๑๒๘.๔	กล่อง
		๑	บ.ชุมชนเภสัชกรรม จำกัด	๑๐๐๐	๑๗๓	๐.๑๗๓	เม็ด
๘	Enalapril ๕ mg	๒	บ.เบอรฺลิ้นฟาร์มาซูติคอลลอินดัสตรี จำกัด	๑๐๐๐	๑๗๓ (ต่อราคาลง)	๐.๑๗๓	เม็ด
		๑	บ.คอสมา เทรดดิง จำกัด	๑๐ ml	๖๐	๖๐	vial
๙	NPH insulin ๑๐๐ U/ml inj. ๑๐ ml	๒	บ.เบอรฺลิ้นฟาร์มาซูติคอลลอินดัสตรี จำกัด	๑๐ ml	๖๓	๖๓	vial
		๑	บ.ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด	๑๐ vial	๑๙๒.๖๐	๑๙.๒๖	vial
๑๐	Ceftazidime ๑ g (แพ็คเกจ ๑๐ vials)	๒	บ.ยูโรเพียน จำกัด	๑๐ vial	๑๙๔	๑๙.๔	vial
		๑	บ.ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด	๑ vial	๑๙.๘	๑๙.๘	vial

ประกาศผลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดอุทัยธานี ปี ๒๕๖๖

ลำดับ	รายการยา	ลำดับที่	บริษัทเสนอราคา	ขนาดบรรจุ	ราคา	ราคาต่อหน่วย	หน่วยนับ
๑๑	Aluminum+Magnesium sus ๒๔๐ ml (สูตร ED)	๑	บ.ที เอ็น พี เบลท์แมคส์ จำกัด (Bowta gel)	-	๑๘	๑๘	ขวด
๑๒	Insulin (Biphasic isophan) inj ๗๐/๓๐ (๑๐ ml)	๑	บ.คอสม่า เทรดดิ้ง จำกัด	๑๐ ml	๖๐	๖๐	vial
๑๓	Sodium valproate chrono ๕๐๐ mg	๑	บ.ทีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด (Sanofi)	๓๐	๓๐๑.๗๔	๑๐.๐๕๘	เม็ด
๑๔	Saline Irrigate ๑๐๐๐ ml	๒	บ.ยเนอรัล ฮอสปิทัล โปรตุคัส จำกัด	๑๐๐๐ ml	๒๓ (ต่อราคากลาง)	๒๓	ขวด
๑๕	Glipizide ๕ mg	๑	บ.สหแพทย์จำกัด	๕๐๐	๕๒.๔๓	๐.๑๐๔๖๖	เม็ด
๑๖	Ceftriaxone ๑ g inj (แพ็คเกจ ๑๐ vials)	๑	บ.อาร์เอ็กซ์ จำกัด	๑๐ vials	๘๔.๘๐	๘.๔๘	vial
๑๗	Gemfibrozil ๓๐๐ mg	๑	บ.เซ็นทรัลโพลีเทคเทรดดิ้ง จำกัด	๕๐๐	๓๒๐	๐.๖๔	แคปซูล

หมายเหตุ: ๑. ขอความร่วมมือแต่ละโรงพยาบาลในการจัดซื้อบริษัทลำดับแรกก่อน หากพบปัญหาเช่นกรณียาขาดชั่วคราว หรือบริษัทไม่จัดส่งภายในเวลาที่กำหนดให้พิจารณาจัดซื้อบริษัทถัดไปตามลำดับ

๒. สำหรับยาที่มีความแตกต่างตามบริบทของการบริหารจัดการของแต่ละโรงพยาบาลให้พิจารณาตามความเหมาะสม ได้แก่

- ๒.๑ Enalapril ๒๐ mg กรณีโรงพยาบาลมีการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยที่แตกต่างกันในระยะเวลานัด Follow up ให้พิจารณาการจัดซื้อตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล
- ๒.๒ Atorvastatin ๔๐ mg โรงพยาบาลสามารถจัดซื้อตามความต้องการใช้ตามบริบทของการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาล
- ๒.๓ NPH insulin ๑๐๐ U/ml inj. ๑๐ ml } โรงพยาบาลสามารถจัดซื้อตามเงื่อนไขการบริหารจัดการในการให้บริการผู้ป่วยของแต่ละบริบทของ
- ๒.๔ Insulin (Biphasic isophane) inj ๗๐/๓๐ (๑๐ ml) } โรงพยาบาล

๓. รายการยาที่มีบริษัททยอยมาเสนอราคาเพียง ๑ บริษัท ไม่รับพิจารณา เนื่องจากราคายาที่เสนอเป็นราคาเต็มซึ่งขายให้แก่แต่ละโรงพยาบาล ไม่มีการปรับราคาลง คือ Sitagliptin ๑๐๐ mg Salmeterol ๒๕ mcg + Fluticasone ๒๕๐ mcg

๔. รายการยาที่ต้องมีอุปกรณ์ในการใช้ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทการให้บริการของโรงพยาบาล เช่น หัวเข็ม ปากกาฉีดอินซูลิน ในแต่ละโรงพยาบาลมีการใช้ไม่เหมือนกัน ไม่รับพิจารณา เพื่อความสะดวกแก่ผู้ป่วย ให้แต่ละโรงพยาบาลจัดซื้อตามความเหมาะสม คือ Insulin mixt. cartridge

๕. รายการยาที่เสนอราคาต่ำสุด แต่ไม่รับพิจารณาเนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ ไม่มี GMP PIC/S สำหรับ raw material คือ บ.แอมป์คาร์ ฟาร์มาแลป (ประเทศ) จำกัด ยา Sodium valproate chrono ๕๐๐ mg

ประกาศผลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดอุทัยธานี ปี ๒๕๖๖

จัดซื้อ กรณียาองค์การเภสัชกรรมแห่งจังหวัดจำหน่าย

ลำดับ	รายการยา	ลำดับที่	บริษัทเสนอราคา	ขนาดบรรจุ	ราคา	ราคาต่อหน่วย	หน่วยนับ
๑	Metformin ๕๐๐ mg	๑	บ.สหแพทย์เภสัช จำกัด	๕๐๐	๑๑๑.๒๘	๐.๒๒๒๕๖	เม็ด
		๒	บ.เซ็นทรัลโพลีเทคสต็อก จำกัด	๕๐๐	๑๑๕	๐.๒๓	เม็ด
๒	Paracetamol ๕๐๐ mg (แบบนับเม็ด ๑๐๐๐ เม็ด) Paracetamol ๕๐๐ mg (แบบแผง)	๑	บ.นิวโลฟ ฟาร์มา จำกัด (แบบนับเม็ด)	๑๐๐๐	๒๙๕	๐.๒๙๕	เม็ด
		๒	บ.ฟาร์มาฮอฟ จำกัด (แบบนับเม็ด)	๑๐๐๐	๓๒๐	๐.๓๒	เม็ด
		๑	บ.ฟาร์มาฮอฟ จำกัด (แบบแผง)	๒๐๐	๘๕	๐.๔๒๕	เม็ด
		๒	บ. ที เอ็น พี เฮลท์แคร์ จำกัด (แบบแผง)	๑๐๐๐	๔๕๐	๐.๔๕	เม็ด
๓	Amlodipine ๕ mg	๑	บ.ชุมชนเภสัชกรร จำกัด	๕๐๐	๑๒๘	๐.๒๕๖	เม็ด
		๒	บ.เบอริลินฟาร์มาซูติคอลอินดัสตรี จำกัด	๑๐๐๐	๓๐๐	๐.๓	เม็ด
๔	Amlodipine ๑๐ mg	๑	บ.ชุมชนเภสัชกรร จำกัด	๕๐๐	๑๘๘	๐.๓๗๖	เม็ด
		๒	บ.พรอสฟาร์มา จำกัด	๑๐๐	๓๘	๐.๓๘	เม็ด

หมายเหตุ: รายการยามีบริษัทพยาบาลเสนอราคาเพียง ๑ บริษัท ได้แก่ ยา Simvastatin ๒๐ mg และ Losartan ๕๐ mg ให้แต่ละโรงพยาบาลพิจารณาจัดซื้อตามความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล กรณียาองค์การเภสัชกรรมแห่งจังหวัดอุทัยธานี

ข้อมูลเปรียบเทียบ Gelofusine และ Haemacel

	Gelofusine	Haemacel	ข้อแตกต่าง
ตัวยาสําคัญ	Succinylate gelatin หรือ modified fluid gelatin	Urea-linked gelatin หรือ Polygeline	ขบวนการผลิตที่แตกต่างกัน ให้ผล Volume effect และ Anaphylactic reaction ที่ ต่างกัน
คุณสมบัติ	น้ำหนักโมเลกุล 30,000 Dalton โมเลกุล มี ลักษณะเป็นเส้นตรง มีประจุลบเยอะ	น้ำหนักโมเลกุล 35,000 Dalton โมเลกุล มีลักษณะ เป็นแบบเกลียว หรือ กลม มีประจุลบน้อย	-โมเลกุล ของ Gelofusine มี ลักษณะเป็นเส้นตรง และมีประจุ ลบมาก เกิด repelling effect ทำให้สามารถอยู่ในหลอดเลือด ได้นานกว่า Haemacel โดยที่สามารถให้ Volume effect เทียบเท่ากับ HES คือ 3-4 ชั่วโมง ในขณะที่ Haemacel อยู่ได้เพียง 1-2 ชั่วโมง -Gelofusine น้ำหนักโมเลกุล 30,000 Dalton ทำให้มีผลต่อ การรบกวนการแข็งตัวของ เลือดและผลต่อไตน้อยกว่า HES (มีน้ำหนักโมเลกุล 130,000 Dalton) ดังนั้น สามารถใช้ได้ในกลุ่มคนไข้ที่มี ปัญหาเรื่องไต คนไข้ critically ill และคนไข้ที่มีปัญหา เรื่อง การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ ที่ไม่สามารถใช้ HES ได้ -สามารถให้ขนาดยาให้ได้สูง ถึง 10-15 L/วัน โดยไม่เกิดการ สะสม หรืออาการข้างเคียงใดๆ

ความเข้มข้น	4 % (40 g/l)	3.5 % (35 g/l)	
Electrolytes (mmol/l)	Sodium 154 Chloride 120 Calcium none Potassium none	Sodium 145 Chloride 145 Calcium 6.25 Potassium 5.1	-Haemaccel มีปริมาณ Chloride ที่สูงกว่าใน plasma (103 mmol/l) มากซึ่ง จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ Hyperchloremic metabolic acidosis ได้กว่า -Haemaccel มีปริมาณ Calcium ที่สูงกว่าใน plasma (2.5 mmol/l) มาก อาจทำให้เกิด ภาวะ Hypercalcemia ได้ และไม่ สามารถใช้ร่วมกับเลือด -Haemaccel มีปริมาณ Potassium ที่สูงกว่าใน plasma (4 mmol/l) อาจทำ ให้เกิด ภาวะHyperkalemia ได้ และมีข้อจำกัดในการใช้ใน คนไข้ที่มีปัญหาเรื่องไต (AKI) หรือคนไข้ที่มีภาวะ Hyperkalemia
pH	7.4 ± 0.3	7.3 ± 0.3	
Theoretical osmolarity (mOsmol/l)	274	301	
ปริมาตรเริ่มต้นที่ให้ และคงอยู่ในหลอด เลือด	90-100 %	80 %	เป็นผลมาจาก ลักษณะของ โมเลกุลที่แตกต่างกัน ทำให้ Gelofusine ให้ ปริมาตร เริ่มต้นที่ให้และคงอยู่ในหลอด เลือด ได้มากกว่า

ระยะเวลาที่อยู่ใน หลอดเลือด	3-4 hrs	1-2 hrs	เป็นผลมาจาก ลักษณะของ โมเลกุลที่แตกต่างกัน กัน ทำ ให้ Gelofusine อยู่ในหลอด เลือดยาวนานกว่า
อุบัติการณ์การแพ้	0.066 %-0.075%	0.146 %-0.852%	ตัวยาสำคัญมาจากกรรมวิธี การผลิตที่แตกต่างกันมีผล อุบัติการณ์การแพ้ที่ต่างกัน โดยที่ Gelofusine อุบัติการณ์การแพ้ที่น้อยกว่า

เอกสารประกอบการนำเสนอยา 4% Gelofusine

1. ชื่อการค้า (Trade name)
Gelofusine®
2. ชื่อสามัญทางยา (Generic Name)
Succinylated Gelatin (Modified fluid gelatin)
3. Chemical structure
Polypeptide chains of succinylated gelatin (MW 30,000 Dalton)
4. รูปแบบยา (Dosage form)
สารละลายให้ทางหลอดเลือดดำชนิดเจลาติน 4%,500ml
5. ผู้ผลิต/ สถานที่ผลิต
บริษัท บี บราวน์ (มาเลเซีย) จำกัด
6. ผู้จัดจำหน่าย
บริษัท ดีเคเอสเอส (ประเทศไทย) จำกัด
7. ความคงตัว / อายุการเก็บรักษา (Shelf Life) เมื่อยังไม่ได้เปิดใช้
3 ปี
7. ราคาต่อหน่วยบรรจุ (รวม VAT) / Case of cost
235.4 บาท / ราคาต่อระยะเวลาที่ใช้รักษาขึ้นกับจำนวนขวด (ปริมาณ) ที่สำหรับแต่ละราย
8. ความแรง / ขนาดบรรจุ
4% , 500 ml
9. ประเภทยา / กลุ่มของยา
สารละลายให้ทางหลอดเลือดดำ / Colloidal plasma volume substitute (Fluid and electrolytes)
10. กลุ่มทางเภสัชวิทยา (เมื่อเทียบกับบัญชียาหลักแห่งชาติ)
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
11. องค์ประกอบ (Composition)
ส่วนประกอบอิเลคโตรไลต์ในการละลาย Gelofusine
Sodium 154 mmol/l
Chloride 120 mmol/l
12. ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
ทำหน้าที่ทดแทนเลือด โดยไปเพิ่มพลาสมาในหลอดเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือด โดย Gelofusine เป็นสารละลาย iso-oncotic และ isotonic จึงช่วยรักษาระดับ colloid osmotic pressure และสามารถรักษาระดับ Hemodynamic ในร่างกายได้

13. คุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics)

Gelofusine มีการกระจายอย่างรวดเร็วในหลอดเลือด หลังจากที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย Gelofusine ไม่มีการสะสมที่อวัยวะต่างๆ ส่วนใหญ่จะถูกขับออกทางไตในรูปของปัสสาวะ และสามารถขับออกจากร่างกายได้หมดภายใน 2-3 วัน โดยไม่ถูกสะสมไว้ในร่างกาย

14. คุณสมบัติทาง Pharmacodynamic

Gelofusine® ทำหน้าที่ทดแทนการสูญเสียน้ำภายนอกเซลล์

โดยเพิ่มและรักษาปริมาตรของเหลวภายนอกเซลล์ เพื่อคงสภาวะการทำงานของอวัยวะอื่นๆ เช่น ไต หัวใจ ฯลฯ อยู่ในหลอดเลือด 3-4 ชั่วโมง ๖.ข้อบ่งใช้ที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนจาก อย.

- ใช้ป้องกันและรักษาอาการที่เกิดจาก ปริมาตรพลาสมาที่ไหลเวียนในร่างกายลดต่ำกว่าปกติ (hypovolaemia) หรืออาการที่สัมพันธ์กับสาเหตุดังกล่าว เช่น

อาการช็อคจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด

การเสียเลือดจากการบาดเจ็บ

- ใช้สำหรับการไหลเวียนเลือดซึ่งอยู่ภายนอกในร่างกาย (extra-corporeal circulation) เช่น เป็น priming solution ในระหว่างการทำ cardiopulmonary bypass และ hemodialysis

- สำหรับป้องกันความดันเลือดต่ำ

- สำหรับเพิ่มปริมาณของเหลวในเลือดทำให้ความเข้มข้นของเลือดลดลง

15. ข้อบ่งใช้ ขนาดที่ใช้ในการรักษา (Indication , dose) และวิถีทางในการให้ยา (Route of Adminstration)

ขนาดที่ใช้ในการรักษา

ขนาดโดยเฉลี่ย 500 -2,000 ml ต่อวัน อัตราเร็วในการหยดยาเข้าหลอดเลือดดำ

และระยะเวลาในการใช้ขึ้นอยู่กับข้อบ่งใช้ และความจำเป็นของผู้ป่วยในแต่ละราย

และควรปรับให้เหมาะสมในระหว่างการให้ยาโดยการตรวจวัดค่าคงที่ที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของเลือด เช่น ค่าความดันเลือด

16. รายงานปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการให้ยา (ADRs) ที่พบ

เช่นเดียวกับสารละลายคอลลอยด์ที่ใช้ทดแทนปริมาตรพลาสมาอื่นๆ อาการแพ้ชนิด

anaphylactoid หรือ anaphylactic อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันไป เช่น

อาการทางผิวหนัง (ลมพิษผื่นคัน) หรือทำให้เกิดอาการแดงบริเวณหน้าและคอ

อาการที่เกิดขึ้นได้น้อยมากคือ ความดันเลือดลดลง

อาการช็อคหรือหัวใจและการหายใจหยุดทำงานอาจเกิดขึ้นได้

17. คำเตือน ข้อห้ามใช้ และข้อระวัง

- ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้เจลาติน

- ผู้ป่วยที่มีภาวะ hypervolaemia, hyperhydration, severe cardiac insufficiency, severe disturbance of blood coagulation
 - ควรพิจารณาเกี่ยวกับข้อควรระวังในการใช้ยา เช่น
- ในคนไข้ที่มีภาวะโซเดียมในเลือดที่มากเกินไป ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ (dehydration) ผู้ป่วยที่มีการแข็งตัวของเลือดถูกรบกวน เพราะ การใช้นี้อาจทำให้ความเข้มข้นของ coagulation factor ลดลง และควรให้อิเล็กโตรไลต์ ถ้าผู้ป่วยขาดอิเล็กโตรไลต์

18. ข้อมูลสำหรับการให้ยาในหญิงมีครรภ์

การใช้ยาในหญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยโรคตับ

ไตควรให้หลังจากพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วว่ายาทาให้ได้ประโยชน์

19. ข้อมูลสำหรับการให้ยาในหญิงที่ต้องให้นมบุตร

ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี/ ไม่มีการศึกษาทดลองในผู้สูงอายุ/

ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเป็นพิษต่อทารกในครรภ์ อาจเกิดการแพ้ยาชนิด anaphylactic หรือ anaphylactoid

20. ปฏิกริยาระหว่างยา-ยาหรือยากับอาหาร (Drug interaction) ที่พบ

ความไม่เข้ากันระหว่างยาอาจเกิดขึ้นได้ถ้ามีการผสมยานี้กับยาอื่นๆ <

ไม่แนะนำให้ผสมยาอื่นเข้าไป>

21. อายุของยาหลังจากเปิดใช้แล้ว หรือหลังจากผสมกับตัวทำละลาย

หลังจากเปิดใช้ควรใช้ให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง

22. ตัวทำละลายที่ใช้ในการ Dilute ปริมาณและวิธีการเตรียม (กรณีที่เป็นยาฉีดที่ต้อง Dilute)

ไม่มี

23. การเก็บรักษาที่เหมาะสม (อุณหภูมิ/ภาชนะบรรจุ/สภาพที่เหมาะสม)

20-25 องศา (อ้างอิงตาม Stability test)

24. หากไม่ได้เก็บรักษาตามอุณหภูมิที่เหมาะสมมีความคงตัวอยู่ได้นานเท่าใด

ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

25. วันที่เริ่มจำหน่ายในประเทศไทย

ปี 2546

26. ข้อมูลเปรียบเทียบกับยาอื่น

- Gelofusine มี Volume effect 90-100% , duration นาน 3-4 ชม. สามารถ รักษา Hemodynamics ได้ stabilization ดีกว่า Polygeline ซึ่ง duration นาน 1-2 ชม. และใกล้เคียงกับ starch
- Gelofusine ไม่มีการสะสมที่อวัยวะต่างๆ ทั้งหมดจะถูกขับออกทางไตในรูปของปัสสาวะ และสามารถขับออกจากร่างกายได้หมดภายใน 2-3 วัน โดยไม่ถูกสะสมไว้ในร่างกายต่างจากกลุ่ม starch ที่มีการตกค้างในร่างกายเป็นระยะเวลานาน

- Gelofusine มีผลต่อการทำงานของไต แลรบกวนการแข็งตัวของเลือดน้อยกว่า Starch
- Gelofusine มีราคาถูกลงกว่า Starch ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่า และเหมาะกับกรณีผู้ป่วยเสียเลือดไม่มาก หรือในรายที่ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน

ข้อมูลเปรียบเทียบ Voluven

	Gelofusine
ตัวยาสําคัญ	Succinylate gelatin หรือ modified fluid gelatin
คุณสมบัติ	น้ำหนักโมเลกุล 30,000 Dalton
Electrolytes (mmol/l)	Sodium 154 Chloride 120
ข้อบ่งใช้ที่รับรองโดยFDA	- ใช้ป้องกันและรักษาอาการที่เกิดจาก ปริมาตรพลาสมาที่ไหลเวียนในร่างกายลดต่ำกว่าปกติ (hypovolaemia หรืออาการที่สัมพันธ์กับสาเหตุดังกล่าว เช่น อาการช็อคจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด การเสียเลือดจากการบาดเจ็บ - ใช้สำหรับการไหลเวียนเลือดซึ่งอยู่นอกร่างกาย (extra-corporeal circulation) เช่น เป็น priming solution ในระหว่างการทำ cardiopulmonary bypass และ hemodialysis - สำหรับป้องกันความดันเลือดต่ำสำหรับเพิ่มปริมาณของเหลวในเลือดทำให้ความเข้มข้นของเลือด
ราคา	235 บาท/ขวด
ปริมาณสูงสุดที่แนะนำให้ใช้	ไม่มีระบุ ขึ้นอยู่กับภาวะ Hemodilution (สามารถให้ขนาดยาให้ได้สูงถึง 10-15 L/วัน โดยไม่เกิดการสะสม หรืออาการข้างเคียงใด ๆ)
ระยะเวลาที่อยู่ในหลอดเลือด	3-4 hrs

อุบัติการณ์การแพ้	0.066 %-0.075%

27. เอกสารอ้างอิง

ข้อมูลสรุปผลการวิจัยทางคลินิก (RCT และ meta-analysis) ที่เกี่ยวกับประสิทธิผล (Efficacy/effectiveness) และความปลอดภัยของยา

การศึกษา หัวข้อ	การศึกษาที่ ๑	การศึกษาที่ ๒	การศึกษาที่ ๓
คณะผู้ศึกษา	Lobo et al.	Saddler JM et al.	Schortgen F et al.
ปีที่ศึกษา	2010	1987	2001
ประเทศที่ศึกษา			
วัตถุประสงค์	To study the changes in blood volume and	The new generation gelatins: a review	

	hormones controlling sodium and water homeostasis after infusions of 0.9% saline, Gelofusine (4% succinylated gelatin in 0.7% saline, weight-average molecular weight 30 kD), and Voluven (6% hydroxyethyl starch in 0.9% saline, weight-average molecular weight 130 kD) in healthy volunteers.	of their history, manufacture and properties.	
รูปแบบการศึกษา	Randomized, three-way crossover study.	Retrospective	a multicentre randomized study
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	healthy volunteers.		129 patients with severe sepsis or septic shock
ยาที่ศึกษา - ขนาดยา - ความถี่ในการบริหารยา - ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้	0.9% saline, 4% succinylated gelatine (Gelofusine) and 6% hydroxyethylstarch (Voluven) 1-L infusions of 0.9% saline, Gelofusine, and Voluven over 1 hr on three occasions		6% hydroxyethylstarch (200 kDa, or 3% fluid-modified gelatin). 18 months.

ตัวเปรียบเทียบ	0.9% saline and Voluven		hydroxyethylstarch
ผลลัพธ์ (Outcome)	<p>blood volume expansion by the two colloids was significantly greater than that produced by 0.9% saline ($p < .01$).</p> <p>At the end of infusions, 68%, 21%, and 16% of the infused volumes of 0.9% saline, Gelofusine, and Voluven, respectively</p>		<p>129 patients were enrolled over 18 months. Severity of illness and serum creatinine (median 143 [IQR 88-203] vs 114 [91-175] micromol/L) were similar at baseline in the hydroxyethylstarch and gelatin groups. The frequencies of ARF (27/65 [42%] vs 15/64 [23%], $p=0.028$) and oliguria (35/62 [56%] vs 23/63 [37%], $p=0.025$) and the peak serum creatinine concentration (225 [130-339] vs 169 [106-273] micromol/L, $p=0.04$) were significantly higher in the hydroxyethylstarch group than in the gelatin group. In a multivariate analysis,</p>

			<p>risk factors for acute renal failure included mechanical ventilation (odds ratio 4.02 [95% CI 1.37-11.8], p=0.013) and use of hydroxyethylstarch (2.57 [1.13-5.83], p=0.026).</p>
Number needed to treat			
สรุปการศึกษา	<p>The effects of Gelofusine and Voluven were similar despite the 100 kD difference in weight-average molecular weight. Excretion of an acute fluid load containing sodium and chloride may be dependent on a sustained suppression of the renin-angiotensin-aldosterone system rather than on natriuretic peptides.</p>	<p>New generation gelatins help to fill the hiatus that exists between crystalloids and blood products. They are relatively inexpensive and freely available, can be used in small or large volumes and may be stored for long periods. They appear to be physiologically inert and are largely excreted</p>	<p>The use of this preparation of hydroxyethylstarch as a plasma-volume expander is an independent risk factor for ARF in patients with severe sepsis or septic shock.</p>

		<p>unchanged. In hypovolaemic situations, the solutions are useful in the maintenance of plasma expansion because of their macromolecular structure and, in more severe haemorrhage, help to maintain the circulation until blood is available.</p>	
เอกสารอ้างอิง	<p>Effect of volume loading with 1 liter intravenous infusions of 0.9% saline, 4% succinylated gelatine (Gelofusine) and 6% hydroxyethylstarch (Voluven) on blood volume and endocrine responses:: Lobo et al.: Crit Care Med 2010</p>	<p>The new generation gelatins: a review of their history, manufacture and properties. Saddler JM et al. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 1987</p>	<p>Effects of hydroxyethyl starch and gelatin on renal function in severe sepsis: a multicentre randomized study, Schortgen F et al. Lancet 2001</p>

28. รายละเอียดผู้แทนยา

น.ส.กาญจนา สุริยภา ตำแหน่ง Medical Representative

บริษัท B.Braun (Thailand) Ltd เบอร์โทร 093-1242133

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน องค์การแพทย์ / ANI / นพ.ศ.๑๑๑ มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

1. ชื่อสามัญ/สมุนไพร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
Progesterone (Utrogestan) 200 mcg / oral or Vg suppo

2. ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): Utrogestan บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย

3. ประเภทยา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)

4. กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์:
Hormone

5. ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ

6.1 Preven Preterm in case previous preterm
 ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 200 mcg วันละ 1 ครั้ง Max. dose
 ระยะเวลาการรักษา 1 วัน เริ่มตั้งแต่ GA 16-20 wk ไปจนถึง GA 36+ 6 wk
 ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)

6.2
 ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
 ระยะเวลาการรักษา วัน
 ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)

6. ประมาณการใช้ต่อเดือน :

7. Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ :

8. ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) :

9. Drug Interaction

10. เหตุผลที่เสนอ

- เป็นยากลับใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
- ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลับเดิม/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
- Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
- อื่นๆ

11. เอกสารอ้างอิง : ในทพ.ภคญ.และน.ว.ก.ป.ภ.ภ. ที่ส่งประวัติมาขอความเห็น นพ.ชาติภริชานี

12. ยาที่เสนอเข้าใหม่ สามารถใช้แทนยา ในบัญชียาปัจจุบันคือ :

-รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน

เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก :

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ [Signature]
 (นพ.สมศรี ติงศักดิ์)
 วัน/เดือน/ปี 15/8/66

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)
 แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน (.....)
 วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน

การแพทย์

มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

- 1 ชื่อสามัญ/สมุนไพร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
seretide accuhaler / DPI / 50/250 / 1 dose
(salmeterol / fluticasone)
- 2 ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): seretide accuhaler บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย: GSK
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย
- 3 ประเภท ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
- 4 กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์:
- 5 ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
 - 6.1 Poor controlled COPD ที่ไม่สามารถ control ด้วยรูปแบบ inhaler / dose MDI
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 1-2 วันละ 2 ครั้ง Max. dose 50/250 - 10
ระยะเวลาการรักษา _____ วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน _____ บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: _____ บาท (รวม vat)
 - 6.2 _____
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ _____ วันละ _____ ครั้ง Max. dose _____
ระยะเวลาการรักษา _____ วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน _____ บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: _____ บาท (รวม vat)
- 6 ประมาณการใช้ต่อเดือน :
- 7 Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ : Headache, yellowish patch coating on tongue
- 8 ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) : แพ้ยา หรือ แพ้ส่วนผสมของยา Hoarseness
- 9 Drug Interaction : MAOIs, TCA, Thyroxine
- 10 เหตุผลที่เสนอ
 - เป็นยากลับใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
 - ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลับเดิม/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
 - Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
 - อื่นๆ _____
- 11 เอกสารอ้างอิง : National drug information, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 12 ยาที่เสนอเข้าใหม่สามารถใช้นแทนยาในบัญชียาปัจจุบันคือ :
รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน
เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก :

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ

(นางงักกรพันธ์ พันธ์พันธ์)

วัน/เดือน/ปี 15/08/2566

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)

แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน

วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน เภสัชกรรม มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

- 1 ชื่อสามัญ/สมุนไพรร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
Tenofovir alafenamide (TAF) tab oral form
- 2 ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย.....
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย
- 3 ประเภทยา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
- 4 กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์:
Anti-viral drugs
- 5 ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
6.1 chronic hepatitis B infection
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 25 mg วันละ 1 ครั้ง Max. dose 25 mg
ระยะเวลาการรักษา 1ปี-ตลอดชีวิต วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
6.2
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
ระยะเวลาการรักษา วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
- 6 ประมาณการใช้ต่อเดือน :
- 7 Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ : Renal tubular toxicity, Hypophosphatemia, lactic acidosis, Bone density loss
- 8 ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) : * Crcl < 15 ml/min, โรคไตในไตเรื้อรัง
- 9 Drug Interaction
- 10 เหตุผลที่เสนอ
 เป็นยากลับใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลับเดิม/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
 Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
 อื่นๆ
- 11 เอกสารอ้างอิง : กรมสุขภาพไทย
- 12 ยาที่เสนอเข้าใหม่ สามารถใช้แทนยา ในบัญชียาปัจจุบันคือ : TDF
-รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน
เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก :

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ [Signature]
(พ.สจ.วิ. ภิรมย์)
วัน/เดือน/ปี 8/8/66

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)
แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน (.....)
วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน อภ.ศ.ร.พ.พ.

มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

- ชื่อสามัญ/สมุนไพโร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
Orphenadrine + Paracetamol tablet (35 mg + 450 mg) / Tolperisone
- ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): Bumolin tablet บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) mydolcalm ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย
- ประเภทยา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
- กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์:
Norgesic, muscle relaxant.
- ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
6.1 Muscle strain สามารถใช้ได้ 1 ครั้งต่อ 1 ชม
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 150-300 mg / ครั้ง เป็น tid ครั้ง Max. dose 450 mg / day
ระยะเวลาการรักษา วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
- 6.2
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
ระยะเวลาการรักษา วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
6. ปริมาณการใช้ต่อเดือน :
7. Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ :
8. ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) :
9. Drug Interaction
10. เหตุผลที่เสนอ
 เป็นยากลุ่มใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
 ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลุ่มเดียวกัน/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
 Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
 อื่นๆ
11. เอกสารอ้างอิง :
12. ยาที่เสนอเข้าใหม่ สามารถ ใช้แทนยาในบัญชียาปัจจุบันคือ : กลุ่ม NSAID ในเครือหีบง ไทโลโลรอล
รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน

เหตุผลที่เห็นวควรตัดออก :

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ [Signature]
(นพ. สัตย์ ไชยรักษ์)
วัน/เดือน/ปี 8.5.2566

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)
แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน (.....)
วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน 0๖๑๓รพภ มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

1. ชื่อสามัญ/สมุนไพรร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
Cefixime / cefspan (Capule, dmj, syrb)
 2. ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย.....
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย
 3. ประเภท ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี..... ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
 4. กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์:
Cephalosporin 3rd gen
 5. ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
6.1 Switch therapy for oral form ของวัณโรค cef-3, cefotaxime
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
ระยะเวลาการรักษา 7 วัน Adult 200 mg bid, children 8 mg/kg qd หรือ bid
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
 - 6.2
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
ระยะเวลาการรักษา วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
 6. ประมาณการใช้ต่อเดือน :
 7. Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ : NIV, diarrhea, headache
 8. ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) : ในสตรี, เด็กอ่อนต่ำกว่า 6 เดือน
 9. Drug Interaction
 10. เหตุผลที่เสนอ
 เป็นยากลุ่มใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
 ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลุ่มเดียวกัน/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
 Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
 อื่นๆ
 11. เอกสารอ้างอิง :
 12. ยาที่เสนอเข้าใหม่ สามารถใช้แทนยา ในบัญชียาปัจจุบันคือ :
- รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน
- เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก :

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ [Signature]
(พ. สอน ธิษะณี)
วัน/เดือน/ปี ๘-๖-๒๖

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)
แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน

วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน องค์การแพทย์ มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

1. ชื่อสามัญ/สมุนไพโร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
Xylorcinic viscosus
2. ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย
3. ประเภทยา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
4. กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์;
ชาชาตพหุชาติ
5. ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
6.1 ลดอาการเจ็บช่องปาก เช่น ช่องปากแฉะ, ลิ้นคอ, ไซนัสอักเสบ, HFH, Hapangina, oral ulcer
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 3-15 ml วันละ 3-8 ครั้ง Max. dose
ระยะเวลาการรักษา 3-7 วัน ใช้ครั้งละ 3-5 ml, 10-15 ml, 15 ml
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
6.2
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
ระยะเวลาการรักษา วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
6. ประมาณการใช้ต่อเดือน :
7. Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ :
8. ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) :
9. Drug Interaction
10. เหตุผลที่เสนอ
 เป็นยากลุ่มใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
 ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลุ่มเดียวกัน/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
 Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
 อื่นๆ
11. เอกสารอ้างอิง :
12. ยาที่เสนอเข้าใหม่ สามารถ ใช้แทนยาในบัญชียาปัจจุบันคือ :
รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน
เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก :

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ svfz
(พ.ศ. ๓๓๓ ๓๓๓๓๓)
วัน/เดือน/ปี 8/8/๒๒

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)
แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน

วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน การแพทย์ มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

1. ชื่อสามัญ/สมุนไพร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
Fenofibrate, non micronized / capsule / 200 mg / 1 capsule
 or micronized:

2. ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย

3. ประเภทยา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ก ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)

4. กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์:
Fibrate (2.12 Lipid-regulating drugs)

5. ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
 6.1 Reduce cholesterol + LDL + triglycende, increas HDL in mixed hyperlipidemia
 ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 200 mg วันละ 1 ครั้ง Max. dose 200 mg once daily (with concomitant statin therapy)
 ระยะเวลาการรักษา วัน
 ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)

6.2
 ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
 ระยะเวลาการรักษา วัน
 ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)

6. ประมาณการใช้ต่อเดือน :

7. Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ : Headache, stomach pain

8. ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) : creatinine clearance < 30 ml/min

9. Drug Interaction Interaction w/tn fibrlic acid

10. เหตุผลที่เสนอ
 เป็นยากลุ่มใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
 ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลุ่มเดียวกัน/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
 Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
 อื่นๆ

11. เอกสารอ้างอิง : Int J Nanomedicine. 2006 Jun; 1(2): 129-147

12. ยาที่เสนอเข้าใหม่ สามารถ ใช้แทนยาในบัญชียาปัจจุบันคือ : c statin + gemfibrozil

- รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน -

เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก : -

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ พ/สุอนุ
 (นายจักรพันธ์ เพ็ชรรัตน์)
 วัน/เดือน/ปี 24/07/2566

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)
 แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน (.....)
 วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน แพทย์ มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

1. ชื่อสามัญ/สมุนไพรม (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
sodium chloride / tablet / 300 mg / tablet
2. ต้องการเสนอใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย
3. ประเภทยา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)
4. กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์:
q.z Fluids and electrolytes
5. ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
6.1 Hyponatremia suspect SIAD patient,
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 300 mg วันละ 1-3 ครั้ง Max. dose 1200 mg
ระยะเวลาการรักษา - วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
6.2
ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose
ระยะเวลาการรักษา วัน
ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)
6. ประมาณการใช้ต่อเดือน :
7. Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ : Fast heartbeat, hoarseness, irritation, swelling
8. ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) : Hypernatremia
9. Drug Interaction no note serious interactions with any other drug
10. เหตุผลที่เสนอ
 เป็นยากลุ่มใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline
 ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลุ่มเดียวกัน/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา
 Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI
 อื่นๆ
11. เอกสารอ้างอิง : Cureus. 2022 Apr; 14(4):e24367.
12. ยาที่เสนอเข้าใหม่ สามารถ ใช้แทนยาในบัญชียาปัจจุบันคือ : -
-รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน -
เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก : -

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ

พ/ร4042
(นายจักรพันธ์ เพ็ชรรัตน์)

วัน/เดือน/ปี 29/07/2566

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ เป้นทอง)
แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน

วัน/เดือน/ปี

แบบฟอร์มเสนอยาโรงพยาบาลบ้านไร่

ด้วยกลุ่มงาน การแพทย์

มีความประสงค์เสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลบ้านไร่ ดังนี้

1. ชื่อสามัญ/สมุนไพร (GENNERIC NAME) / รูปแบบ / ความแรง / ขนาดบรรจุ
Potassium chloride / Enteric-coated tablet / 500 mg / tablet

2. ต้องการเสนอยาใน ชื่อการค้า (TRADE NAME): บริษัทผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย.....
 ชื่อสามัญ (GENNERIC NAME) - ไม่ระบุบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย

3. ประเภทยา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บัญชี ก ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)

4. กลุ่มยา / กลไกการออกฤทธิ์
9.2 Fluids and electrolytes.

5. ข้อบ่งใช้ (INDICATION) : ที่แพทย์เสนอ
6.1 Electrolyte imbalance (Hypokalemia) that have prolong use condition

ขนาดการใช้ปกติครั้งละ 500 mg วันละ 1-3 ครั้ง Max. dose 725-35 mEq chronic hypok,
 ระยะเวลาการรักษา - วัน 200 mEq / day

ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)

6.2

ขนาดการใช้ปกติครั้งละ วันละ ครั้ง Max. dose

ระยะเวลาการรักษา วัน

ส่วนเภสัช: กรอกข้อมูล ค่าใช้จ่ายต่อวัน บาท ค่าใช้จ่ายต่อ Course: บาท (รวม vat)

6. ประมาณการใช้ต่อเดือน :

7. Adverse Drug Reaction ที่สำคัญ : Nausea, vomiting, diarrhea

8. ข้อห้ามใช้ (CONTRAINDICATION) : Hyperkalemia, End stage renal disease

9. Drug Interaction ACEI, K sparing diuretic, Bactrim.

10. เหตุผลที่เสนอ

เป็นยากลุ่มใหม่ / ข้อบ่งใช้ใหม่ที่แตกต่างจากยาในบัญชียาปัจจุบัน สอดคล้องตาม Clinical Practice Guideline

ยาที่เสนอเข้าใหม่ มี Therapeutic advantage ที่เด่นกว่ายากลุ่มเดียวกัน/ใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในบัญชียา

Better activity / efficacy Better pharmacokinetics Decreased cost Decreased ADR / DI

อื่นๆ

11. เอกสารอ้างอิง Annals of internal medicine, 2009 May 5; 150(9): 619-25

12. ยาที่เสนอเข้าใหม่สามารถใช้นแทนยาในบัญชียาปัจจุบันคือ : KCl syrup

รายการยาที่เห็นควรตัดออกจากบัญชียา รพ. บ้านไร่ เมื่อนำยาเข้ามาใช้แทน : -

เหตุผลที่เห็นว่าควรตัดออก : -

ชื่อแพทย์ผู้เสนอ
 (นายสุภัทรพันธ์ เพ็ชรรัตน์)
 วัน/เดือน/ปี 24/07/66

ความเห็นของเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(นายวิชาญ แป้นทอง)
 แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน (.....)

วัน/เดือน/ปี

ใบประกอบการสั่งใช้ยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย นาย ปุณเฑาะว์ จันทร์ศิริ HN ๒๔/๑๕

วันที่เริ่มใช้ ๒๗/๗/๒๖ แผนก สูติศาสตร์ (กึ่งอนุบาล) อายุ ๖๓ น้ำหนัก ๔๕

ประวัติการแพ้ยา [/] ไม่แพ้ยา [] แพ้ยา

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางทันตกรรมและช่องปาก
- ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขนาดยาที่ใช้ : 250 mg 2x1 po ac x 5 day

ระยะเวลาในการรักษา : 5 day

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(นาย ศักดิ์พงษ์ เหม)

สำหรับเภสัชกร

- Clinical outcome [] ดีขึ้น [] แย่ลง (Refer) [] ไม่สามารถติดตามได้
- ความเหมาะสม [] เหมาะสม
- [] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ เภสัชกรผู้ประเมิน
(นาย ศิวะ กษยดีไววงศ์)

ใบประกอบการสั่งใช้ยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย นางจันทร์พร ใจวิไล HN 470002893 วันที่เริ่มใช้ 20/05/66
หอผู้ป่วย อายุกรรมนัง อายุ 71 น้ำหนัก 56 kg
ประวัติการแพ้ยา [] ไม่แพ้ยา [✓] แพ้ยา Amoxicillin, Didoxacillin

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- [] ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางทันตกรรมและช่องปาก
- [] ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- [] ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- [] ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- [] ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- [✓] อื่นๆ (โปรดระบุ) F10 Mycoplasma pneumoniae

ขนาดยาที่ใช้ และระยะเวลาในการรักษา 5 day

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(..... น.ส. ดิเรก วัฒนกุล)

สำหรับเภสัชกร

Clinical outcome [] ดีขึ้น [] แย่ลง (Refer) [] ไม่สามารถติดตามได้
ความเหมาะสม [✓] เหมาะสม
[] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ เภสัชกรผู้ประเมิน
(..... น.ร. ประเสริฐ งามอัครกร)

ใบประกอบการสั่งใช้ยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย นาง นันทา ใจรุ่งเรือง HN 440007715
 วันที่เริ่มใช้ 19/05/2566 แผนก อายุ 50 น้ำหนัก 61.5 Kg

ประวัติการแพ้ยา [✓] ไม่แพ้ยา [] แพ้ยา

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- [] ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางทันตกรรมและช่องปาก
- [] ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- [] ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- [] ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- [✓] Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- [] ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- [] อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขนาดยาที่ใช้ : 250 mg 2x1 po qd x 3 days

ระยะเวลาในการรักษา : 3 วัน

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 (..... น.นันทา ใจรุ่งเรือง) (..... น.นันทา ใจรุ่งเรือง)

สำหรับเภสัชกร

Clinical outcome [✓] ดีขึ้น [] แย่ลง (Refer) [] ไม่สามารถติดตามได้
 ความเหมาะสม [✓] เหมาะสม [] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ เภสัชกรผู้ประเมิน
 (..... อ.อรพรรณ ทองอ่อน) (..... อ.อรพรรณ ทองอ่อน)
 35371

ใบประกอบการสั่งจ่ายยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย น.ว. วัฒน วัฒน วัฒน HN 1328150.....

วันที่เริ่มใช้ 12/10/61 แผนก IM2 อายุ 78 น้ำหนัก 40

ประวัติการแพ้ยา [/] ไม่แพ้ยา [] แพ้ยา

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางทันตกรรมและช่องปาก
- ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขนาดยาที่ใช้ : Azithromycin 2x1 02c

ระยะเวลาในการรักษา : 6 day

ลงชื่อ ดร. พนม น. อินท แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา
(พว. 11/10/61 วิชาโรค)

สำหรับเภสัชกร

- Clinical outcome ดีขึ้น [] แยลง (Refer) [] ไม่สามารถติดตามได้
- ความเหมาะสม เหมาะสม [] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ Omni เภสัชกรผู้ประเมิน
(..... ญ.อรพรรณ...ทองดี.....)
ภ.35371

D/S 16
97.78

.....) III + f = 7
.....) 11/1. 1
.....) 11/1. 1

Dr. P. P.
Dr. P. P.

ใบประกอบการสั่งจ่ายยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย นามทัน ฟานาว HN 45/6104

วันที่เริ่มใช้ 6/8/66 แผนก ตาบรรเทา อายุ 88 น้ำหนัก 45

ประวัติการแพ้ยา ไม่แพ้ยา [] แพ้ยา

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางพันธุกรรมและช่องปาก
- ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขนาดยาที่ใช้ : 1 x 2 po ac

ระยะเวลาในการรักษา : 5 day

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา
(..... 9.67 91 4)

สำหรับเภสัชกร

- Clinical outcome [] ดีขึ้น [] แย่ลง (Refer) [] ไม่สามารถติดตามได้
- ความเหมาะสม [] เหมาะสม
- [] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ เภสัชกรผู้ประเมิน
(..... ทงดา: 00000000)

ใบประกอบการสั่งใช้ยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย นารพิน จันทร HN 456002071

วันที่เริ่มใช้ 5/8/2566 แผนก อายุ 92 น้ำหนัก 35

ประวัติการแพ้ยา [] ไม่แพ้ยา [] แพ้ยา Penicillin

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางทันตกรรมและช่องปาก
- ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขนาดยาที่ใช้ : Azithr 2x1.0e

ระยะเวลาในการรักษา : 3 x 5 days

ลงชื่อ ดร. อรรถพร ทองอัน แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(..... ดร. อรรถพร ทองอัน)

สำหรับเภสัชกร

- Clinical outcome [] ดีขึ้น [] แย่ง (Refer) ^{9 tube} [] ไม่สามารถติดตามได้
- ความเหมาะสม [] เหมาะสม
- [] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ  เภสัชกรผู้ประเมิน
(.....)

ภญ.อรรถพร ทองอัน

ภ.35371 16-8-66

ใบประกอบการสั่งใช้ยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย กัญจะ ศรีวันน HN 44/7570

วันที่เริ่มใช้ 18/8/66 แผนก พญ.น.เกษม อายุ 66 น้ำหนัก 75

ประวัติการแพ้ยา [/] ไม่แพ้ยา [] แพ้ยา

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางทันตกรรมและช่องปาก
- ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขนาดยาที่ใช้ : Azithromycin (200) 2x1 po qd

ระยะเวลาในการรักษา : 5 วัน

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(.....)

สำหรับเภสัชกร

Clinical outcome [] ดีขึ้น [] แย่ลง (Refer) [] ไม่สามารถติดตามได้

ความเหมาะสม [] เหมาะสม

[] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ เภสัชกรผู้ประเมิน
(.....)

ใบประกอบการสั่งใช้ยา Azithromycin 250 mg

สำหรับพยาบาล

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย name นายธงชัย คนตา HN
Age 87 ปี 7 เดือน 4 วัน No 460002382
วันที่เริ่มใช้ 5/3/๒๖ Ward ตึกชาย(กึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์)
Attending physician พญ.อรพรพรรณ อิมโหมด อายุ น้ำหนัก

ประวัติการแพ้ยา [] ไม่แพ้ยา [✓] แพ้ยา Penicillin Diclofenac

สำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- ใช้สำหรับการติดเชื้อ ทางทันตกรรมและช่องปาก
- ใช้สำหรับ GABHS Pharyngitis (ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน)
- ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย HIV
- ใช้สำหรับรักษา Scrub typhus ในหญิงตั้งครรภ์
- Pneumonia ที่ได้รับการ X-ray ปอดเท่านั้น
- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขนาดยาที่ใช้ :

ระยะเวลาในการรักษา :

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(.....)

สำหรับเภสัชกร

Clinical outcome [✓] ดีขึ้น [] แย่ลง (Refer) [] ไม่สามารถติดตามได้
ความเหมาะสม [✓] เหมาะสม
[] ไม่เหมาะสม

ลงชื่อ เภสัชกรผู้ประเมิน
(.....)

พญ.อรพรพรรณ ทองอ้อ

ภ.35371

ใบประกอบการสั่งใช้ยา

Ciprofloxacin inj.

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งเอกสารนี้พร้อมใบสั่งการรักษา (order form) ที่ห้องยาทันทีที่สั่งใช้ยา

ส่วนของพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย... นางสาวประไพศรี นันต์ผา HN 460001744 AN 660001099 ทอผู้ป่วย 100 ตท
อายุ 39 น้ำหนัก 84.2 ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ได้แก่

ส่วนของแพทย์

การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา... Recurrent UTI ✓ วันที่เริ่มใช้ยา 23/3/66

ยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ Ciprofloxacin inj (200 mg / 10ml) ขนาดและความถี่: 400 mg ๑๖ ๒๒

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้ได้แก่

ใช้ยา Antibiotic ชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล (อย่างน้อย 3 วัน)

ยาที่ใช้ได้แก่... Cefazolinime 2g ๑๖ ๒๒ เป็นเวลา 3 วัน

เป็นรายการยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รับกลับจากโรงพยาบาลเครือข่าย

ลงชื่อ... แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(ดร. พารมณ วัฒน)

วันที่ 27/3/66

ส่วนของเภสัชกร

วันที่รับ 28/3/66 เวลา 08.20 น.

พิจารณาในเบื้องต้นแล้วพบว่า

= เข้าเกณฑ์

= ไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจาก.....

ลงชื่อ... เภสัชกร

(นางสาวกมลณี วัฒน)



ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โรงพยาบาลบ้านไร่

ใบประกอบการสั่งใช้ยา

Ciprofloxacin inj.

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งเอกสารนี้พร้อมใบสั่งการรักษา (order form) ที่ห้องยาทันทีที่สั่งใช้ยา

ส่วนของพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย... น. ส.ทอ.4 จักร HN 3957/นร AN 594/66 หอผู้ป่วย ๖๖๐๓๕
อายุ ๖๖ น้ำหนัก 70 ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ได้แก่

ส่วนของแพทย์

การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา... Mon Mon *Proton pump inhibitor* วันที่เริ่มใช้ยา 14 มี.ค. 66 12:00
ยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ Ciprofloxacin inj (200 mg / 10ml) ขนาดและความถี่: 400mg q 12 h

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

- ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้ได้แก่
- ใช้ยา Antibiotic ชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล (อย่างน้อย 3 วัน)
ยาที่ใช้ได้แก่ ceftriaxime 2 gm q 8h เป็นเวลา 7 วัน
- เป็นรายการยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รับกลับจากโรงพยาบาลเครือข่าย

ลงชื่อ *Dr. P. P.* แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(พญ. นพ. พญ. นพ.)
วันที่ 14 มี.ค. 66

ส่วนของเภสัชกร

วันที่รับ 14 มี.ค. 66 เวลา น.

พิจารณาในเบื้องต้นแล้วพบว่า

= เข้าเกณฑ์

= ไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจาก.....

ลงชื่อ *Om* เภสัชกร

(**ภญ.อรพรรณ ทองอิน**)

ภ.35371



ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โรงพยาบาลบ้านไร่

ใบประกอบการสั่งใช้ยา

Ciprofloxacin inj.

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งเอกสารนี้พร้อมใบสั่งการรักษา (order form) ที่ห้องยาทันทีที่สั่งใช้ยา

ส่วนของพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย สาธิตา ใจขนิล HN 440012103 AN 06/1103 ท่อผู้ป่วย กึ่งท่อน้ำ

อายุ 72 น้ำหนัก 40 ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ได้แก่

ส่วนของแพทย์

การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Obstructive pneumonia LP lung atelectasis วันที่เริ่มใช้ยา

ยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ Ciprofloxacin inj (200 mg / 10ml) ขนาดและความถี่: Ciproflox 400mg LP ๑๓.๕๕ ๒๐๖-๕๒ ๑ ครั้ง

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้ได้แก่

ใช้ยา Antibiotic ชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล (อย่างน้อย 3 วัน)

ยาที่ใช้ได้แก่ Ceftriaxime 2g ๑ ครั้ง เป็นเวลา ๕ วัน

เป็นรายการยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รับ กลับจากโรงพยาบาลเครือข่าย

ลงชื่อ [Signature] แพทย์สั่งใช้ยา
วันที่ 28/3/66

ส่วนของเภสัชกร

วันที่รับ 31/3/66 เวลา น.

พิจารณาในเบื้องต้นแล้วพบว่า

= เข้าเกณฑ์

= ไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจาก

ลงชื่อ [Signature] เภสัชกร
(นาย ดิ กฤษฎา)



ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โรงพยาบาลบ้านไร่

ใบประกอบการสั่งใช้ยา

Ciprofloxacin Inj.

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งเอกสารนี้พร้อมใบสั่งการรักษา (order form) ที่ห้องยาทันทีที่สั่งใช้ยา

ส่วนของพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย พ.อ. วิชา จิตต์ 17217๓๐๗๑๗ HN 15๘๐๙ / ๘๘ AN ๕๕๑๖/๖๖ หอผู้ป่วย ๓๓๓

อายุ 56 น้ำหนัก 59 ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ได้แก่ cef 3, cund ๑

ส่วนของแพทย์

การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา..... วันที่เริ่มใช้ยา

ยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ Ciprofloxacin inj (200 mg / 10ml) ขนาดและความถี่:

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

ผู้ป่วยแพทย์ที่ต้องการใช้ได้แก่ Ceftriaxone, Clindamycin -

ใช้ยา Antibiotic ชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล (อย่างน้อย 3 วัน)

ยาที่ใช้ได้แก่ Augmentin เป็นเวลา 3 วัน

เป็นรายการยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รับกลับจากโรงพยาบาลเครือข่าย

Infected wound

ลงชื่อ ก้อง แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(พ.อ. วิชา จิตต์ วิชาจิตต์)
วันที่ 18/๘/๖๖

ส่วนของเภสัชกร

วันที่รับ..... เวลา..... น.

พิจารณาในเบื้องต้นแล้วพบว่า

= เข้าเกณฑ์

= ไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจาก.....

= 60%

ลงชื่อ ก้อง เภสัชกร
(นายวิชา วิชาจิตต์)



ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โรงพยาบาลบ้านไร่

18/๘/๖๖ วิชาจิตต์

11/11/๖๖ วิชาจิตต์

วิชาจิตต์

Diarrhea

1 = 10%

ใบประกอบการสั่งใช้ยา

Ciprofloxacin inj.

กรุณาวกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งเอกสารนี้พร้อมใบสั่งการรักษา (order form) ที่ห้องยาทันทีที่สั่งใช้ยา

ส่วนของพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย.....นาง อ่างไผ่ จิตร์ธำ..... HN 490001929 AN 660002288 หอผู้ป่วย.....ตึกอุบัติเหตุ
อายุ.....59..... น้ำหนัก.....88..... ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ได้แก่.....

ส่วนของแพทย์

การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา..... *S. epidermidis pneumoniae septicemia* วันที่เริ่มใช้ยา 18/6/66

ยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ Ciprofloxacin inj (200 mg / 10ml) ขนาดและความถี่:.....

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้ได้แก่.....

ใช้ยา Antibiotic ชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล (อย่างน้อย 3 วัน)

ยาที่ใช้ได้แก่..... *Ceftriaxone, clindamycin*เป็นเวลา..... 5 วัน

เป็นรายการยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รับกลับจากโรงพยาบาลเครือข่าย

ลงชื่อ..... *an* แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
พญ.วรกานต์ วิบูลย์พันธ์
(..... 3.69473)
วันที่..... 18/6/66.....

ส่วนของเภสัชกร

วันที่รับ..... เวลา..... น.

พิจารณาในเบื้องต้นแล้วพบว่า

= เข้าเกณฑ์

= ไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... *[Signature]* เภสัชกร
(... *กนกวิภาวดี*)



ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โรงพยาบาลบ้านไร่

ใบประกอบการสั่งใช้ยา

Ciprofloxacin inj.

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งเอกสารนี้พร้อมใบสั่งการรักษา (order form) ที่ห้องยาทันทีที่สั่งใช้ยา

ส่วนของพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย ทศสมภพ จันทร HN 45/5907 AN 1154/66 ท่อผู้ป่วย ใส่ไว้
อายุ 48 ปี น้ำหนัก 65 กก ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ได้แก่

ส่วนของแพทย์

การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา UTI ✓ วันที่เริ่มใช้ยา 30 มิ.ย. 66

ยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ Ciprofloxacin inj (200 mg / 10ml) ขนาดและความถี่: 400 มก. ๒ ครั้ง

เหตุผลในการพิจารณาใช้ยา

ผู้ป่วยแพ้ยาที่ต้องการใช้ได้แก่

ใช้ยา Antibiotic ชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล (อย่างน้อย 3 วัน)

ยาที่ใช้ได้แก่ cef3, cefu เป็นเวลา วัน

เป็นรายการยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รับกลับจากโรงพยาบาลเครือข่าย

ลงชื่อ ศ.ดร.สมภพ จันทร แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(ศ.ดร.สมภพ จันทร)

วันที่ 31.6.66

ส่วนของเภสัชกร

วันที่รับ 11.6.66 เวลา 8-37 น.

พิจารณาในเบื้องต้นแล้วพบว่า

= เข้าเกณฑ์

= ไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจาก

ลงชื่อ อมร เภสัชกร

(ภญ.อรพรรณ ทองดี)

ภ.35371



ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โรงพยาบาลบ้านไร่