

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Favipiravir 200 mg Tablet (กรณีขออนุมัติการใช้เป็นครั้งแรก อนุมัติไม่เกิน 5 วัน)



โรงพยาบาล ..... วัน เดือน ปี ที่ส่งข้อมูล ...../...../.....  
**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย :** ชื่อ ..... นามสกุล ..... เพศ  ชาย  หญิง  
 อายุ ..... ปี ..... เดือน Verification Code Lab สปคม/SAT .....

เลขที่บัตรประจำประชาชน (13 หลัก) ..... หรือเลขที่หนังสือเดินทาง ..... ประเทศ .....

สิทธิรักษาพยาบาล  ประกันสุขภาพ  ประกันสังคม  กรมบัญชีกลาง  อื่น ๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก :** Body weight ..... kg Height ..... cm BMI ..... kg/m<sup>2</sup>

2.1 ผลการตรวจร่างกาย (วันตื่นนอนรพ.วันแรก): temperature ..... °C อัตราการหายใจ ..... /นาที O<sub>2</sub> sat (room air/on ..... ) ..... %

2.2 ผลทางรังสีวิทยา **พร้อมแนบรูปและผลอ่านเอกซเรย์**

	Date	ผลทางรังสีวิทยา
CXR ครั้งล่าสุด		
CT-scan (ถ้ามี)		

2.3 ผลการตรวจยืนยัน COVID-19 **พร้อมแนบผล**

Date	Type of specimen	สถาบันส่งสิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ
			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

2.4 การดูแลรักษาทางเดินหายใจ  Room air  O<sub>2</sub> canula  O<sub>2</sub> mask with bag  T-piece  O<sub>2</sub> high flow  CPAP  BiPAP  Ventilator

2.5 แผนการให้ยา Favipiravir 200 mg Tablet

	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่ BMI ≥35 kg/m <sup>2</sup> (≥90 kg)	<input type="checkbox"/> เด็ก
วันที่ 1	9 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	12 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	30 mg/kg/dose คิดเป็น ..... เม็ด วันละ 2 ครั้ง
วันที่ 2-5	4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	10 mg/kg/dose คิดเป็น ..... เม็ด วันละ 2 ครั้ง
รวม (เม็ด)	50	64	

ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตามแนวทางการใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยกรมการแพทย์ ฉบับปัจจุบัน **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้

1. อาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ  
 ระบุเหตุผล .....
2. อาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้ หรือมีปอดบวมเล็กน้อยที่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 3  
 อายุ >60 ปี  BW >90 kg  เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้  ดับแฉะ  CKD  โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด  
 โรคหลอดเลือดสมอง  COPD รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ  ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ  lymphocyte <1,000 cells/mm<sup>3</sup>  อื่นๆ .....
3. มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O<sub>2</sub> saturation <96 %) หรือมีการลดลงของออกซิเจน SpO<sub>2</sub> ≥3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates
4. ไม่ตรงเกณฑ์และมีความจำเป็นต้องใช้ ภาวะระบุเหตุผลพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

แพทย์ผู้สั่งยา	เภสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา	สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้นจากรพ.แม่ข่าย
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
(.....)	(.....)	ลงชื่อ.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม .....	(.....)
		เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....
		โรงพยาบาล .....

ข้อมูลประกอบการเบิกจ่าย **ครั้งแรก**  1. เอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยานี้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน  
 2. ไฟล์รูปภาพ chest x-ray (ทุกราย) หรือ chest CT scan (ถ้ามี) **พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์**  
 3. ไฟล์รูปภาพใบรายงานผลการตรวจการติดเชื้อ COVID-19  
 การรับยา : **ต้องแนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายทั้ง 3 ฉบับเป็นหลักฐานประกอบการรับยาทุกครั้ง** เพื่อใช้ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาต่อไป