

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Favipiravir 200 mg Tablet (กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่สอง เพื่อใช้ยาต่อเนื่องครบ 10 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

รหัสรับยาค้างล่าสุด วันที่เข้าครบ 5 วัน/...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก: Body weight kg Height cm BMI kg/m²

2.1 ผลการตรวจร่างกายล่าสุดวันที่...../...../..... temperature °C อัตราการหายใจ /นาที O₂ sat (room air/on)%

2.2 ผลทางรังสีวิทยา พร้อมแนบรูปและผลอ่านเอกซเรย์

	Date	ผลทางรังสีวิทยา
CXR ครั้งล่าสุด		
CT-scan (ถ้ามี)		

2.3 ผลการตรวจยืนยัน COVID-19 พร้อมแนบผล (กรอกข้อมูลและแนบผล เฉพาะกรณีตรวจครั้งแรกไม่พบเชื้อ และมีความจำเป็นต้องใช้ยานานกว่า 10 วัน)

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

2.4 การดูแลรักษาทางเดินหายใจ Room air O₂ canula O₂ mask with bag T-piece O₂ high flow CPAP BiPAP Ventilator

2.5 แผนการให้ยา Favipiravir 200 mg Tablet

	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่ BMI ≥35 kg/m ² (≥90 kg)	<input type="checkbox"/> เด็ก
วันที่ 6-10	4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	10 mg/kg/dose คิดเป็น เม็ด วันละ 2 ครั้ง
รวม (เม็ด)	40	50	

ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยกรมการแพทย์ ฉบับปัจจุบัน **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้

1. อาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ
ระบุเหตุผล
2. อาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้ หรือมีปอดบวมเล็กน้อยที่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 3
 อายุ >60 ปี BW >90 kg เนื้องอกที่ควบคุมไม่ได้ ดับแข็ง CKD โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด
 โรคหลอดเลือดสมอง COPD รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ lymphocyte <1,000 cells/mm³ อื่นๆ
3. มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O₂ saturation <96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ ≥3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates
4. ไม่ตรงเกณฑ์และมีความจำเป็นต้องใช้ ทุกรูปแบบเหตุผลพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

แพทย์ผู้สั่งยา เกสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้นจากรพ.แม่ข่าย
ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... อนุมัติ ไม่อนุมัติ
(.....) (.....)
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
โรงพยาบาล

ข้อมูลประกอบการเบิกยารั้งที่สอง 1. เอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยามับนี้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
 2. ไฟล์รูปภาพ chest x-ray (ทุกราย) หรือ chest CT scan (ถ้ามี) พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์
 3. ไฟล์รูปภาพใบรายงานผลตรวจการติดเชื้อ COVID-19 (เฉพาะกรณีตรวจครั้งแรกไม่พบเชื้อและมีความจำเป็นต้องใช้ยานานกว่า 10 วัน)
การรับยา : ต้องแนบเอกสารประกอบการเบิกยาทั้ง 3 ฉบับเป็นหลักฐานประกอบการรับยาทุกครั้ง เพื่อให้ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาต่อไป