

แบบประเมินการใช้ยาอย่างเหมาะสม (DUE) โรงพยาบาลควนเนียง

Pioglitazone 30 MG

ผู้ป่วยชื่อ _____ อายุ _____
HN _____ วันที่สั่งจ่าย _____

ข้อบ่งชี้ (ขอความร่วมมือ : ระบุข้อบ่งชี้ทุกครั้ง)

- First line drug failure : เมื่อใช้ Metformin และ Glipizide maximum dose และไม่มีข้อบ่งชี้ห้ามการใช้
- รับยาต่อเนื่องมาจากที่อื่น (Refer Back)
- แพ้ยาหรือเกิด ADR จากยา Metformin/Glipizide
- ผู้ป่วยมีภาวะไตบกพร่อง (eGFR <30) ที่ไม่สามารถใช้ Metformin ได้

ข้อบ่งชี้ห้ามการใช้ Pioglitazone รพ.ควนเนียง

- ★ ห้ามใช้คู่กับ Insulin (เนื่องจาก Cost-effectiveness)
- ★ DM type 1
- ★ Real failure
- ★ Hypersensitivity to pioglitazone
- ★ NYHA Class III/IV heart failure (initiation of therapy)
- ★ Active liver disease of ALT > 2.5 times the upper limit of normal at baseline.
- ★ Pregnancy

ขนาดยา

- Initial : 15-30 mg once daily
- Maximum recommended dose : 45 mg once daily

แพทย์ผู้สั่งใช้

การประเมินผล (เภสัชกร)

- ตามเกณฑ์ ไม่ตามเกณฑ์