

HN.....	AN.....
ชื่อ.....	อายุ.....
ตึกผู้ป่วย.....	เตียง.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย(พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน):วันที่.....น้ำหนัก kg.....ประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้ยาลูก.....

Severity of infection มี SIRS หรือไม่ (>2 criteria) มี ไม่มี 1. BT < 36หรือ ≥ 38°C 2. RR ≥ 20/min หรือ PaCO₂< 32 mmHg

รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลอื่น 3. HR ≥ 90 bpm 4. WBC ≤ 4000 หรือ ≥ 12,000

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ต้องการใช้ยา: กรุณาใส่เครื่องหมายลงใน และเติมข้อความ(1.ระบุ dose ยาและวันที่เริ่มใช้2.กรณีใช้มากกว่า1รายการให้ใช้ใบ DUEชนิดละใบ)Staffonly

Risk factor for ATB resistance (MDR) [] Nosocomial infection [] Prior antibiotic exposure [] Use of antibiotic spectrum antibiotic [] Prolong lenght of stay [] Presence of invasive device [] Prolong mechanical ventilation [] ICU, transplanted ward, dialysis unit

ผู้ป่วยได้รับเชื้อที่เป็นสาเหตุจาก	ยาต้านจุลชีพที่ต้องการใช้	เหตุผลที่สั่งจ่าย
<input type="checkbox"/> ภายนอกโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ภายในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Septic shock <input type="checkbox"/> Prolong fever due to infect. <input type="checkbox"/> Hospital infection <input type="checkbox"/> Switch therapy <input type="checkbox"/> Documented ATB due to MDR จากผลเพาะเชื้อ <input type="checkbox"/> Standard regimen of Tx เช่น CAPD peritonitis,Catheter related infection.,Bacterial meningitis ตำแหน่งการติดเชื้อที่เข้ายา <input type="checkbox"/> Bone and Joint Infection <input type="checkbox"/> Urinary Tract Infection <input type="checkbox"/> Skin and Soft Infection <input type="checkbox"/> Intra-abdominal Infection <input type="checkbox"/> Primary Bloodstream Infection <input type="checkbox"/> Surgical Site Infection <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Respiratory Tract Infection <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... การเก็บส่งตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค (เก็บส่ง lab ก่อนเริ่ม ATB) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เก็บ <input type="checkbox"/> เก็บ <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Other..... เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> ผลการตรวจพบ คือ <input type="checkbox"/> S.aureus <input type="checkbox"/> P.aeruginosa <input type="checkbox"/> A.baumannii <input type="checkbox"/> ESBL-ve } E.coli or <input type="checkbox"/> ESBL+ve } K.pneumoniae <input type="checkbox"/> Other..... ข้อมูลการสั่งจ่าย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยโตปกติ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไต CrCl=.....	<input type="checkbox"/> Levofloxacin (IV) ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยาวัน.....เดือน.....ปี..... <input type="checkbox"/> Piperacillin-Tazobactam ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยาวัน.....เดือน.....ปี..... <input type="checkbox"/> Meropenem ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยาวัน.....เดือน.....ปี..... <input type="checkbox"/> Ciprofloxacin inj ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยาวัน.....เดือน.....ปี..... <input type="checkbox"/> Colistin Loading dose..... then อีก 24 ชม.ให้ ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยาวัน.....เดือน.....ปี..... <input type="checkbox"/> Vancomycin ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยาวัน.....เดือน.....ปี..... (ครอบคลุมเชื้อแกรมบวก ได้แก่ Staphylococci,Streptococcus viridians or S. bovis,Enterococciที่คือยา) <input type="checkbox"/> Fosfomycin ขนาดยาต่อวัน วันที่สั่งยาวัน.....เดือน.....ปี..... (ครอบคลุมเชื้อแกรมบวก,ลบ)	<input type="checkbox"/> Community-acquired pneumonia ที่ไม่สามารถใช้ยาลำดับแรกๆได้ <input type="checkbox"/> ติดเชื้อ S.pneumoniae ที่คือยา Penicillin และยา Cephalosporin <input type="checkbox"/> ติดเชื้อ Mycobacteria ที่ไม่สามารถใช้ยาลำดับแรกๆได้ <input type="checkbox"/> Specific tx Gram +/- bacteria ที่ไวต่อ Levofloxacin และคือ/หรือ แพ้ยากลุ่ม aminoglycosides /3 rd gen Cephalosporins ควรจะมีผลทดสอบความไวต่อยามียืนยัน <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... <input type="checkbox"/> Empiric tx ติดเชื้อที่อาจเกิดจาก P.aeruginosa ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ <input type="checkbox"/> Empiric tx Febrile neutropenia (absolute neutrophil <500 มีไข้) อาจเกิดจากเชื้อกรัมลบ <input type="checkbox"/> Specific tx ติดเชื้อกรัมลบที่คือ Cephalosporin, Aminoglycoside และ Fluoroquinolone (FQ) <input type="checkbox"/> Specific tx ทราบเชื้อก่อโรคที่ไวต่อ ยา P.aeruginosa A.baumannii <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... <input type="checkbox"/> Empiric tx ติดเชื้อในรพ.(VAP, HAP), Febrile neutropenia ที่อาจเกิดจากเชื้อกรัมลบที่ไม่ตอบสนองต่อ Cephalosporin, Aminoglycoside (AG), FQ, β-Lactam β-Lactamase Inhibitors (BLBI) หรือ สงสัยติดเชื้อชนิดนี้ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ <input type="checkbox"/> Specific tx หลังทราบผลความไวของเชื้อสำหรับ nosocomial infection ที่เกิดจากแบคทีเรียกรัมลบรูปแท่งที่เป็น MDR หรือ ESBL และไวต่อยาเท่านั้น <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... <input type="checkbox"/> สงสัยติดเชื้อ gram negative bacilli ในผู้ป่วยที่แพ้ยากลุ่ม β-Lactam และไม่สามารถใช้ยากลุ่ม aminoglycoside ได้ <input type="checkbox"/> สงสัยติดเชื้อ P.aeruginosa <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... <input type="checkbox"/> สงสัย/ติดเชื้อกรัมลบที่ไม่ตอบสนองต่อ Carbapenem, Cephalosporin, AG, BLBI และ FQ <input type="checkbox"/> ใช้เป็น specific tx แบบ combination tx 1.MDR A. baumannii 2.MDR P.aeruginosa ที่คือ carbapenem,piperacillin/tazobactam <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... <input type="checkbox"/> Empiric tx ติดเชื้อที่อาจเป็น MRSA หรือ ampicillin-resistant Enterococci ระหว่างรอผลเพาะเชื้อ <input type="checkbox"/> รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียกรัมบวกที่ไวต่อยากลุ่มอื่น แต่ไม่สามารถใช้ยานั้นได้ เพราะ (เช่น แพ้ยาลูก)..... <input type="checkbox"/> Documented tx Serious infection ที่ผลเพาะเชื้อแสดงว่าเกิดจากเชื้อ MRSA <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... <input type="checkbox"/> Empiric tx ติดเชื้อที่อาจเป็น MRSA หรือ VRE หรือ ESBL หรือ P.aeruginosa <input type="checkbox"/> เชื้อ E.coli ที่คือต่อ Fluoroquinolone <input type="checkbox"/> Documented tx. Serious infection ที่ผลเพาะเชื้อแสดงว่าเกิดจากเชื้อ MRSA หรือ VRE หรือ ESBL หรือ P.aeruginosa <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....

ATB ที่ใช้ก่อนหน้าภายใน 14 วัน.....ATB ที่ใช้ร่วมกัน.....

ส่วนที่ 3 ลงชื่อแพทย์ผู้สั่งจ่าย แพทย์ Extern/แพทย์ใช้ทุนให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ(Staff) ก่อนการสั่งจ่าย พร้อมลงลายมือชื่อพร้อมแพทย์ Staff

แพทย์ผู้สั่งจ่าย (Intern) ลงนาม.....ว.....	หมายเหตุ Empirical therapy -ยังไม่รู้สาเหตุ Documented/specific -ทราบข้อมูลการเพาะเชื้อและผลความไวต่อยาต้านจุลชีพ- แพทย์จะต้องกรอกใบประกอบการใช้ยาให้ครบถ้วนทุกครั้งที่มีการสั่งจ่าย *หากไม่ส่งตรวจ Scr และเพาะเชื้อ/ทดสอบความไวจะถูกประเมินว่าไม่สมเหตุผลทันที** ** DUE form 1 สามารถใช้ได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน ยาต้านจุลชีพจะถูกหยุดอัตโนมัติ หากต้องการใช้ยาต่อกรอกแบบ DUE Form 2 พร้อมระบุเหตุผลให้ครบถ้วน**
Recommendation (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สั่งจ่าย Staff) ลงนาม.....ว..... วันที่... [] อนุมัติ 7 วัน รอปรับยาตามผลเพาะเชื้อ [] อนุมัติ.....วัน [] ไม่อนุมัติ..... [] อื่นๆ.....	
ส่วนของเภสัชกร ADR <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด..... พิจารณาในเบื้องต้นแล้วว่าข้อมูลครบถ้วน.....ข้อมูลไม่ครบถ้วน วันที่รับ..... ลงชื่อเภสัชกร.....	
Clinical outcome <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเสียชีวิต <input type="checkbox"/> ล้มเหลว <input type="checkbox"/> refer	