

แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น ๙ เดือน

Drug request form for Shorter regimen MDR-TB treatment

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... วันที่.....

๑. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน NTIP แล้ว ใช่ ไม่ใช่
๒. ชื่อผู้ป่วย..... น้าหนัก..... อายุ..... HN.....
๓. ข้อมูลผู้ป่วย
- ประเภทผู้ป่วยดื้อยา MDR RR
- มีผลการตรวจ SL-LPA ใช่ ไม่ใช่
- ผลไม่ดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone
- ผลไม่ดื้อต่อยาฉีดกลุ่ม Second line

- ผู้ป่วยจะต้อง ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) โดยไม่มีภาวะดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone หรือยาฉีดในกลุ่ม Second line
- ไม่มีประวัติการรับการรักษาด้วยยากกลุ่ม Second line มากกว่า ๑ เดือน
- ไม่เคยมีประวัติแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงจากยาในสูตรการรักษา

- ผู้ป่วยจะต้องไม่ ตั้งครรภ์
- ป่วยเป็นวัณโรคนอกปอด
- มีค่า AST หรือ ALT มากกว่า ๕ เท่าของค่าปกติสูงสุด
- มีค่าการทำงานของไตลดลงมากคือ Creatinine clearance (CrCl) < ๓๐ ml/min จากการคำนวณด้วย Cockcroft-Gault equation
- มี QTcF interval > ๕๐๐ msec

๔. ชื่อผู้ประสานงานหลัก อีเมล เบอร์โทร

๕. ชื่อทีมงานที่รับผิดชอบหลัก

แพทย์ อีเมล เบอร์โทร

เจ้าหน้าที่ TB Clinic อีเมล เบอร์โทร

เภสัชกร อีเมล เบอร์โทร

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ อีเมล เบอร์โทร

หมายเหตุ ให้ติดต่อและส่งแบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาไปที่

ภญ.พิริยา เจริญญ์ไตรรัตน์ piriya_ji@hotmai.com ๐๘๘-๖๘๘๗๖๐๗

กลุ่มงานเภสัชกรรม กองวัณโรค โทร ๐๒-๒๑๑๒๒๒๔ ต่อ ๑๑๒๑