

แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาวัณโรคด้วยสูตรยาระยะสั้น ๙ เดือน
Drug request form for Shorter regimen MDR-TB treatment

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

๑. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน TBCM online แล้ว ใช่ ไม่ใช่
๒. ชื่อผู้ป่วย..... น้าหนัก..... HN.....
๓. ข้อมูลผู้ป่วย
- ประเภทผู้ป่วยดื้อยา MDR RR
- มีผลการตรวจ SL-LPA ใช่ ไม่ใช่
- ผลไม่ดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone
- ผลไม่ดื้อต่อยาชนิดกลุ่ม Second line

- ผู้ป่วยจะต้อง** ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) โดยไม่มีภาวะดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone หรือยาชนิดในกลุ่ม second line*
- ไม่มีประวัติการรับการรักษาด้วยยาชนิด second line มากกว่า ๑ เดือน
- ไม่เคยมีประวัติแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงจากยาในสูตรการรักษา

- ผู้ป่วยจะต้องไม่** ตั้งครรภ์
- ป่วยเป็นวัณโรคนอกปอด
- มีค่า AST หรือ ALT มากกว่า ๕ เท่าของค่าปกติสูงสุด
- มีค่าการทำงานของไตลดลงมากคือ Creatinine clearance (CrCl) < ๓๐ ml/min จากการคำนวณด้วย the 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 ดร.ภญ.จิตาพร จิรวัดนะไพศาล สำนักวัณโรค

thidaporn@heath.moph.go.th, นางสาวศิวรัตน์ นามรัง mnswnning@hotmail.com,

นางสาวกัญญาวีร์ พิพุทธทรัพย์ maimai_mb@outlook.com ๐๒ ๒๑๑๒๑๓๘, โทรสาร ๐๒ ๒๑๒๑๔๐๘