

แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น ๙ เดือน

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

๑. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน TBCM online แล้ว ใช่

๒. ชื่อผู้ป่วย..... น้าหนัก..... HN.....

๓. ข้อมูลผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วยดื้อยา MDR RR

มีผลการตรวจ SL-LPA ใช่

ผลไม่ดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone,

ผลไม่ดื้อต่อยาฉีดกลุ่ม Secondline

Inclusion criteria เข้าเกณฑ์

ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) โดยไม่มีภาวะดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinoloneหรือยาฉีดในกลุ่ม second line*

ไม่มีประวัติการรับการรักษาด้วยยากลุ่ม Second line มากกว่า ๑ เดือน

ไม่เคยมีประวัติแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงจากยาในสูตรการรักษา

๔. ชื่อผู้ประสานงาน..... อีเมล..... เบอร์โทร.....

๕. ชื่อทีมงานที่รับผิดชอบหลัก

แพทย์..... อีเมล..... เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ TB Clinic..... อีเมล..... เบอร์โทร.....

เภสัชกร..... อีเมล..... เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ..... อีเมล..... เบอร์โทร.....