

**เอกสารหมายเลข 2**

FV2 ----

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Favipiravir 200 mg**

**(รายละเอียดการใช้ยา โปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)**

**กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก อนุมัติยาไม่เกิน 5 วัน**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

โรงพยาบาล …..……..…………….………………………... วัน เดือน ปี ที่ส่งข้อมูล …......../.........../.............

ชื่อ ................................................ นามสกุล ................................................. เพศ ชาย หญิง

 อายุ..............ปี............เดือน เลขที่บัตรประจำประชาชน......................................................(13 หลัก)

 เลขที่หนังสือเดินทาง ……………………………… ประเทศ ………………………

 Verification Code Lab สปคม/SAT …………….….……………………………………………………………………..

 HN ………………....…….………………. AN …………………………………...………

 สิทธิรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ  ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง

 อื่น ๆ ระบุ .............................................................................................

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

2.1. วันที่เริ่มเจ็บป่วย ............/............................/.................

2.2. อาการที่เริ่มเจ็บป่วย

 ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ

 หอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย

 คลื่นไส้ อุจจาระเหลว

2.3. ผลการตรวจร่างกาย Temperature (วันแรก)...............องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ............/นาที

 ชีพจร................... /นาที ความดันโลหิต...................... /นาที **O2 Sat ( Room air )** ………………

Body weight…………. Kg BMI………………….

2.4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

 CBC (แรกรับ) วันที่ ............/............................/.................

 WBC ………… PMN (Neutrophil) ........... % Lym ...........% M .......... %

 Eo ………. % Atyo Lym ............%

 Hb ……………… HCT ………….…… MCV …………………….……

 Platelets ………………………………………….

 Liver Function test วันที่............/............................/.................

 SGOT (AST)……..…………….mg/dl SGPT (ALT)………..………...mg/dl

 ALP………………..……….T.bill……………….………..D.bill………………….…………

 Albumin……..…………….mg/dl Globulin……..…………….mg/dl

 LDH…………………………………………………….…. CRP…………………………………………………….….

 BUN………………………….……… Creatinine………………………….……… FBS……………………………………

Chest x – ray (ครั้งแรก) วันที่ ............/............................/.................

 ผล ....................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

 ครั้งล่าสุด วันที่............/............................/.................

 ผล ....................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

2.5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น

UA …………………………………………………………….....................................................................................

EKG ………………… Rate ……………………. Rhythm …………………………. Axis …………….…….…………

ST ……………………… ST-T ………………………. QT ……………………………….

CT scan วันที่......../................../............. ผลการตรวจ .....................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………….

2.6. โรคประจำตัว

 DM  Hypertension Cardiovascular disease COPD

 Chronic Renal Failure Chronic Liver Disease อื่น ๆ ................................

2.7. การใช้สาร Steroid ไม่มี มี ระบุ ....................................................................

2.8. การใช้สารกดภูมิต้านทาน ไม่มี มี ระบุ ....................................................................

2.9. การดูแลรักษา

 2.9.1. ระบบทางเดินหายใจ Normal airway Endotracheal tube

 2.9.2.  Room air O2 Canular O2 mask with bag T.piece

 O2 High flow CPAP Ventilator

 2.9.3. Antiviral 1 ……….…………………………….……. (เริ่ม......./......../........)

 2 …………………………………………… (เริ่ม......../........./......)

 2.9.4. Antibiotics 1 ……….…………………………………. (เริ่ม......./......../........)

 2 …………………………………………… (เริ่ม......../........./........)

 2.9.5. ยาทางเลือกสำหรับรักษา COVID-19 ที่ใช้ในปัจจุบัน

  Darunavir/Ritonavir (600/100 mg) q 12 hr (เริ่ม......./......../........)

 Darunavir/Ritonavir (900/100 mg) once daily (เริ่ม......./......../........)

  Lopinavir/ Ritonavir (400/100 mg) q 12 hr (เริ่ม......./......../........)

 Chloroquine ………… mg / day (เริ่ม......./......../........)

 Hydroxy Chloroquine ………… mg / day (เริ่ม......./......../........)

 2.9.6. อื่นๆ 1 ……….……………………………... (เริ่ม......./......../........)

 2 ………………………………………. (เริ่ม......../........./......)

2.10. การวินิจฉัยล่าสุด

 Pneumonia มี ไม่มี

2.11. ภาวะแทรกซ้อน

 1) ...........................................................................................................................................................

 2) ...........................................................................................................................................................

 3) ...........................................................................................................................................................

 4) ...........................................................................................................................................................

 5) ...........................................................................................................................................................

2.12. ผลการตรวจยืนยัน COVID – 19 รหัส (code) …………………………………………………………………………

 ครั้งแรกจากสถาบัน ...............................................................................................................................

 1) ................................................. (วันที่....../......../........) ผล detected Not detected

 2) ................................................. (วันที่....../......../........) ผล detected Not detected

 ครั้งล่าสุดจากสถาบัน ...............................................................................................................

 1) ................................................. (วันที่....../......../........) ผล detected Not detected

 2) ................................................. (วันที่....../......../........) ผล detected Not detected

2.13 แผนการให้ยา Favipiravir

 วันแรก ………………… mg q 12 hr

 วันที่ 2-5 ………………… mg q 12 hr

 วันที่ 6-10 ………………… mg q 12 hr (กรณี ให้ยาครบ 5 วัน อาการและลักษณะทางคลินิคยังไม่ดีขึ้น)

 **แพทย์ผู้สั่งยา** **สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้น**

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.................................................................. ลงชื่อ.................................................................

 (.................................................................) (.................................................................)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ...................... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ......................

 **เภสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา**

ลงชื่อ..................................................................

 (.................................................................)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ......................

โรงพยาบาล ………………………………………………..