

**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 ………………………………………………..