

**เอกสารหมายเลข 3**

FV2 ----

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Favipiravir 200 mg (รับยาครั้งที่สอง)**

**กรณีขออนุมัติการใช้ยา เพื่อใช้ยาต่อจนครบ 10 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 .............................................................................................

 รหัสรับยาครั้งล่าสุด ...............................................................................................................................

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

2.1. วันที่ใช้ยาครบ 5 วัน …............/............................/.................

2.2. ผลการตรวจร่างกาย (ล่าสุด)

 Temperature ……………… องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ............ ครั้ง/นาที

 ชีพจร ................... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต...................... /นาที

 **O2 Sat ( Room air )** ………………

 Body weight…………. Kg BMI………………….

2.3. CBC ล่าสุด วันที่ ........../................/.................

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

HCT …………………… MCV ………………… Platelets ……………………………

2.4. Liver Function test ล่าสุด วันที่............/............................/.................

2.5. LDH ล่าสุด วันที่ ............/............................/................. ผล ……………………………..……………….

2.6. CRP ล่าสุด วันที่ ............/............................/................. ผล ……………………………..……………….

2.7. ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ล่าสุด วันที่............/............................/.................

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

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

2.8. อื่น ๆ เช่น CT scan ทรวงอก ล่าสุด วันที่............/............................/.................

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

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

 **แพทย์ผู้สั่งยา** **สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้น**

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

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

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

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

 **เภสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา**

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

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

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

โรงพยาบาล ………………………………………………..