

ใบขออนุมัติใช้ยาควบคุมพิเศษ : Human Albumin 20 %,50 mL.

โรงพยาบาลสุโขทัย

นพ./พญ.....

มีความจำเป็นต้องใช้ยา Human Albumin 20 %
ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกับผู้ป่วยตาม
แผนการรักษาและข้อบ่งใช้

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN..... AN.....

หอผู้ป่วย.....อายุปี น้ำหนัก.....ก.ก.

ระดับ Albumin.....โรค.....

ลิสต์ผู้ป่วย

☐ เบิกจ่ายตรง

☐ ประกันสังคม

☐ เบิกจ่ายตรงอปท.

☐ บัตรทอง (UC)

☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ ชำระเงินเอง

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ข้อบ่งใช้ (indication) ขอความร่วมมือในการสั่งใช้ Human Albumin .ในภาวะที่มี Serum Albumin < 2.5 g/dL เท่านั้น

- ☐ 1. Hemorrhagic shock (Hypovolemic) กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids หรือ non-protein colloids
- ☐ 2. Ascites, cirrhosis, paracentesis and spontaneous bacterial peritonitis มีเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
- () 2.1 มีการเจาะน้ำในช่องท้อง > 5 ลิตร
- () 2.2 cirrhosis and spontaneous bacterial peritonitis : serum albumin < 2 g/dL
- ☐ 3. Plasmapheresis กรณีแลกเปลี่ยนเลือด > 20 mL/kg ใน 1 ครั้ง หรือ > 20 mL/kg/week เมื่อมีการแลกเปลี่ยนมากกว่า 1 ครั้ง
- ☐ 4. Burn กรณี > 30 % BSA และหลังให้ crystalloids ไปแล้ว 24 ชั่วโมง
- ☐ 5. Major surgery (Post-op เท่านั้น) กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ crystalloids และมี serum albumin < 2.5 g/dL
- ☐ 6. Acute nephropathy, nephrosis, nephrotic syndrome and subsequent hypoalbuminemia มีเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
- () 9.1 ผู้ป่วยมีภาวะ hypovolemia และมี serum albumin < 2 g/dL
- () 9.2 ผู้ป่วยมีภาวะ acute, severe peripheral or pulmonary oedema
- ☐ 7. Hemodialysis ที่มีปัญหา hemodynamic instability และมี serum albumin < 2.5 g/dL
- ☐ 8. ALI/ARDS ในผู้ป่วยที่มีภาวะ hypoalbumin
- ☐ 9. อื่นๆ(ระบุ)
-
-
-

จำนวนที่ขออนุมัติใช้ขวด

หมายเหตุ ใบขออนุมัติใช้ยา 1 ใบ ให้ใช้ยา Human Albumin 20 %,50 mL. ได้ไม่เกิน 10 ขวด

..... แพทย์ผู้รักษา

(.....)

เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ หรือ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

โปรดพิจารณา

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

.....

(.....)

ตำแหน่ง