



	โรงพยาบาลกาฬงเศา	หน้า ๑/๔
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่: PTC-WI-๐๑๐	วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
เรื่อง : การประเมินการใช้จ่าย	ปรับปรุงครั้งที่ ๑ :	
	กลุ่มงาน : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)	

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การประเมินการใช้จ่าย

ผู้จัดทำ

ดวงศกัณท์ สีวเดาว์
(นางสาวดวงศกัณท์ สีวเดาว์)

เภสัชกรปฏิบัติการ

ผู้ทบทวน

[Signature]
(นายแพทย์พงศกร พราหมณ์ชูเอม)

นายแพทย์ชำนาญการ


ผู้อนุมัติ

[Signature]

(นายแพทย์อาทิตย์ คำจันทร์)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬงเศา

	โรงพยาบาลเกาะเต่า	หน้า ๑/๔
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่: PTC-WI-๐๑๐	วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
เรื่อง : การประเมินการใช้ยา	ปรับปรุงครั้งที่ ๑ :	กลุ่มงาน : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

การประเมินการใช้ยา

๑. วัตถุประสงค์

- ๑.๑. เพื่อให้มีการใช้ยา Azithromycin และ Atorvastatin อย่างเหมาะสม
 - ๑.๒. ป้องกันและแก้ไขปัญหา Drug Related Problems (DRPs) ที่เกิดขึ้น
- ตัวชี้วัด : ร้อยละของการใช้ยา Azithromycin และ Atorvastatin อย่างเหมาะสม

๒. ขอบข่าย

ทุกแผนกในโรงพยาบาลเกาะเต่าที่มีการใช้ยา

๓. คำจำกัดความ

การประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) เป็นกระบวนการประกันคุณภาพการใช้จ่ายที่ต้องไปเป็นอย่างมีระบบ และต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

สำหรับโรงพยาบาลเกาะเต่าคณะกรรมการ PTC ได้กำหนดให้มีการประเมินการใช้ยา ๒ รายการ คือ Azithromycin และ Atorvastatin

๔. รายละเอียดวิธีปฏิบัติ

๔.๑. แพทย์

- ร่วมกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติสำหรับการใช้ยา Azithromycin และ Atorvastatin
- สั่งใช้ยา Azithromycin และ Atorvastatin
- บันทึกข้อมูลการใช้ยา ในแบบประเมินการใช้ยานับบันทึกกับ OPD Card

๔.๒. เภสัชกร

- สืบค้นข้อมูลยา
- ร่วมกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติสำหรับการใช้ยา Azithromycin และ Atorvastatin
- จัดทำแบบประเมินการใช้ยา Azithromycin และ Atorvastatin (ภาคผนวก)
- รวบรวมแบบบันทึกข้อมูลการใช้ยา Azithromycin และ Atorvastatin
- วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด



โรงพยาบาลเกาะเต่า

หน้า ๑/๔

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: PTC-WI-๐๑๐

วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ปรับปรุงครั้งที่ ๑ :

เรื่อง : การประเมินการใช้ยา

กลุ่มงาน : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

แบบฟอร์มประกอบการส่งจ่ายยาบัญชี ๔ ยา Atorvastatin

แบบฟอร์มประกอบการส่งจ่ายยาบัญชี ๔ (Drug Use Evaluation ; DUE)	
โรงพยาบาลเกาะเต่า กระทรวงสาธารณสุข	
ประเภทของยา	Atorvastatin ความแรง 40 mg/tab รูปแบบ tablets
ชื่อ-สกุล	HN..... AN..... วันที่.....
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน
โรคประจำตัว	ประวัติแพ้ยา.....
Diagnosis
สิทธิการรักษา	<input type="checkbox"/> เบิกได้ <input type="checkbox"/> จ่ายตรง <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> สูงอายุ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
คำวินิจฉัยโรค	Dyslipidemia
เหตุผลประกอบการใช้ยาบัญชี ๔	
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยเดิมที่เคยใช้ Atorvastatin เดิมอยู่ และควบคุม LDL-C ได้ตามเป้าหมาย
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยใช้ยา simvastatin ในขนาด 40 mg ติดต่อกัน 6 เดือนแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้ถึงค่าเป้าหมาย
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะใช้ simvastatin ได้ เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ (โปรดระบุอาการ)
	<input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
	<input type="checkbox"/> AST, ALT เกินค่าปกติ (AST 5-35, ALT 8-๕0)
	<input type="checkbox"/> CPK เกินค่าปกติ (ชาย 25-284 หญิง 25-150)
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะใช้ simvastatin ได้ เนื่องจากได้รับยาพร้อมกันที่เกิด drug interaction กับ simvastatin
	<input type="checkbox"/> Itraconazole <input type="checkbox"/> Ketoconazole <input type="checkbox"/> Erythromycin <input type="checkbox"/> Clarithromycin <input type="checkbox"/> HIV Protease inhibitors <input type="checkbox"/> Gemfibrozil
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
คำเตือนและข้อควรระวัง :	
1.	หลีกเลี่ยงการใช้ยา atorvastatin ร่วมกับ cyclosporine, HIV protease inhibitor (tipranavir + ritonavir), hepatitis C protease inhibitor (telaprevir)
2.	หลีกเลี่ยงการใช้ยา atorvastatin
2.1	ในขนาดเกินวันละ 40 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา nevirapin
2.2	ในขนาดเกินวันละ 20 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา clarithromycin, itraconazole, HIV protease inhibitor (saquinavir + ritonavir, darunavir + ritonavir, fosamprenavir, fosamprenavir + ritonavir)
3.	ระมัดระวังการใช้ยา atorvastatin ร่วมกับยา lopinavir + ritonavir โดยให้ใช้ยา atorvastatin ในขนาดต่ำสุดเท่าที่จำเป็น

แพทย์ผู้ส่ง.....

(.....)

วันที่/...../.....



โรงพยาบาลเกาะเต่า

หน้า ๑/๔

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: PTC-WI-๐๑๐

วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ปรับปรุงครั้งที่ ๑ :

เรื่อง : การประเมินการใช้ยา

กลุ่มงาน : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

แบบฟอร์มประกอบการส่งจ่ายยาบัญชี ยา Azithromycin

แบบฟอร์มประกอบการส่งจ่ายยาบัญชี (Drug Use Evaluation ; DUE)			
โรงพยาบาลเกาะเต่า กระทรวงสาธารณสุข			
ประเภทของยา	Azithromycin	ความแรง	250 mg/cap
		รูปแบบ	capsules
ชื่อ-สกุล..... HN..... AN..... วันที่.....			
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน			
โรคประจำตัว..... ประวัติแพ้ยา.....			
Diagnosis.....			
สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> เบิกได้ <input type="checkbox"/> จ่ายตรง <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> สูงอายุ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....			
เหตุผลประกอบการใช้ยาบัญชี			
<input type="checkbox"/>	ใช้สำหรับการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง ในกรณีที่ใช้ยาอื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล		
<input type="checkbox"/>	ใช้รักษาการติดเชื้อ non-tuberculous mycobacterium (NTM)		
<input type="checkbox"/>	รักษาผู้ป่วย early syphilis ที่ไม่สามารถใช้ Penicillin หรือ doxycycline หรือ ceftriaxone		
<input type="checkbox"/>	ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ Mycobacterium avium complex (MAC) ในผู้ป่วยเอดส์		
<input type="checkbox"/>	อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
คำสั่งใช้ยา			
<input type="checkbox"/>	รับประทานครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือ หลังอาหาร 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน จำนวน 6 แคปซูล		
<input type="checkbox"/>	รับประทานครั้งละ 5 แคปซูล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กรณีป้องกันการติดเชื้อ MAC ในผู้ป่วย AIDS จำนวน _____ แคปซูล		
<input type="checkbox"/>	รับประทานครั้งละ 4 แคปซูล ครั้งเดียว กรณีรักษา early syphilis		
<input type="checkbox"/>	จำนวน _____ แคปซูล		
หมายเหตุ : การรับประทานยาหลังอาหารมักจะลด Bioavailability ลงอย่างน้อย 50% ดังนั้นควรให้ยาก่อนอาหาร 1 ชม. หรือหลังอาหาร 2 ชม.			

แพทย์ผู้สั่ง.....

(.....)

วันที่/...../.....