

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันทเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตราความเหมาะสมในการสั่ง ใช้ยาที่ทำ DUE	> 80%	83	84	90	95	95

: ปี 2567 มียาใหม่เข้าบัญชีรายการยาโรงพยาบาล จึงเพิ่มเติมรายการยาที่ต้องทำ DUE คือ Amikacin

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics)

1) ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล.....
HN.....AN.....
Ward.....

ลีทิการักษา : กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม สปสช.
 ข้าราชการ อื่น ๆ
 ประวัติแพ้ยา : ไม่แพ้ยา แพ้ยา.....อาการ.....
 น้ำหนัก.....kg ค่าการทำงานของไต: Scr.....mg/dL CrCl.....mL/min

การวินิจฉัย:โรคประจำตัว.....

โรคหรือตำแหน่งที่ติดเชื้อ : Bone and Joint infection Meningitis or CNS infection Febrile neutropenia
 Skin and Soft tissue infection Pneumonia Sepsis or Bacteremia
 UTI or Pyelonephritis Intra-abdominal infections
 Other.....

การตรวจเชื้อที่เป็นสาเหตุ specimen : sputum blood urine pus อื่น ๆ

ลักษณะการใช้ยา : Empiric therapy เชื้อที่น่าจะเป็นสาเหตุ คือ..... Gram +ve Gram -ve Mixed organism
 Specific therapy ทราบเชื้อก่อโรค คือ..... P. aeruginosa A. baumannii
 E. coli K. pneumonia Enterobacter spp. MRSA/MRCoNS
 Ampicillin resistant enterococcus Other.....

แหล่งที่มาของเชื้อ : Community acquired infection
 Hospital acquired infection :
 เคยรักษาตัวในรพ.ตั้งแต่ 2 วัน ใน 90 วันที่ผ่านมา ได้รับยาต้านจุลชีพ เคมีบำบัด
 wound care หรือ chronic dialysis ภายใน 30 วัน อยู่ nursing home care

2) รายการยาต้านจุลชีพและวิธีใช้ยา

รายการยา	Empiric therapy	Specific therapy
<input type="checkbox"/> Piperacillin/tazobactam ขนาดยา..... วันที่เริ่มให้ยา.....	<input type="checkbox"/> สงสัยติดเชื้อ Gram negative ที่ดื้อยา <input type="checkbox"/> Other.....	<input type="checkbox"/> ติดเชื้อ P. aeruginosa <input type="checkbox"/> ติดเชื้อ ESBL <input type="checkbox"/> Other.....
<input type="checkbox"/> Meropenem ขนาดยา..... วันที่เริ่มให้ยา.....	<input type="checkbox"/> สงสัยเชื้อดื้อยา โดยผู้ป่วยผ่านการใช้ออกฤทธิ์กว้าง มาก่อน ≥ 72 ชั่วโมงและอาการทรุดลง <input type="checkbox"/> สงสัย Sepsis <input type="checkbox"/> Other.....	<input type="checkbox"/> GNB ที่ดื้อยากลุ่ม Cephalosporin (ESBL) และ FQs หรือ MDR, XDR <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Other.....
<input type="checkbox"/> Amikacin ขนาดยา..... วันที่เริ่มให้ยา.....	ไม่มีข้อบ่งชี้ยา	<input type="checkbox"/> ติดเชื้อดื้อยา TB (ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป) <input type="checkbox"/> Other.....

3) การขออนุมัติใช้ยา

สำหรับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	สำหรับแพทย์ผู้อนุมัติใช้ยา	ประเมินความเหมาะสม ในการใช้ยา (สำหรับเภสัชกร)
<input type="checkbox"/> ขออนุมัติใช้ยา ลงชื่อ..... (.....) Tel.มือถือ..... รหัสแพทย์..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ <input type="radio"/> De-escalation ความเห็นเพิ่มเติม..... ลงชื่อ..... (.....) รหัสแพทย์..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม <input type="radio"/> Stop <input type="radio"/> De-escalation <input type="radio"/> อื่น ๆ ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....