STR oral-07

STR/ ………./ …………

**แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรับประทาน ด้วยสูตรยาระยะสั้น 9 เดือน**

**Drug request form for All-oral Shorter regimen for RR/MDR-TB treatment**

ชื่อโรงพยาบาล........................................................ จังหวัด..................สคร............ วันที่..............................

1. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน NTIP แล้ว  ใช่ (พร้อมแนบหลักฐาน)

2. ชื่อผู้ป่วย……………………………………………….. น้้ำหนัก................. อายุ............. HN……………………………

3. เกณฑ์การรักษาผู้ป่วย

 3.1 ประเภทการดื้อยา  MDR-TB  RR (ต้องได้รับการยืนยันผลจากผลทางห้องปฏิบัติการพร้อมแนบหลักฐาน)

 3.2 มีผลการตรวจ SL LPA (ต้องได้รับการยืนยันผลจากผลทางห้องปฏิบัติการพร้อมแนบหลักฐาน)
 โดย  ผลไม่ดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone

 ผลไม่ดื้อต่อยาฉีดกลุ่ม Second-line injectable drug

3.3 มีประวัติการรับการรักษาด้วยยากลุ่ม Second line drug มากกว่า 1 เดือน  ใช่  ไม่ใช่
3.4 มีประวัติแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงจากยาในสูตรการรักษา  ใช่  ไม่ใช่
3.5 การตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3.6 วัณโรคนอกปอดหรือวัณโรคลุกลามที่มีรอยโรคมาก  ใช่  ไม่ใช่
3.7 มีค่าเอนไซม์การทำงานของตับ ได้แก่ AST หรือ ALT มากกว่า 5 เท่าของค่าปกติสูงสุด  ใช่  ไม่ใช่
3.8 มีค่าการทำงานของไต คือค่า Creatinine clearance (CrCl) < 30 ml/min  ใช่  ไม่ใช่
 จากการคำนวณด้วย Cockcroft Gault equation
3.9 ค่า QTcF interval > 450 msec ในผู้ชาย หรือ > 470 msec ในผู้หญิง  ใช่  ไม่ใช่

**(ข้อ 3.3 ถึง 3.9 ต้องตอบว่า ไม่ใช่ จึงจะสามารถให้ยาได้)**

4. ชื่อทีมงานที่รับผิดชอบหลัก

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ชื่อ-นามสกุล | อีเมล . | เบอร์โทร |  |
| แพทย์ |  |  |  | ตรวจรักษาผู้ป่วย |
| เจ้าหน้าที่ TB Clinic |  |  |  | ดูแลและจัดการผู้ป่วย |
| เภสัชกร |  |  |  | รายงาน aDSM |

หมายเหตุ ให้ติดต่อและส่งแบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาไปที่
ภญ.พิริยา เหรียญไตรรัตน์ piriya\_ji8@hotmail.com 089 6987607 กลุ่มงานเภสัชกรรม กองวัณโรค โทร 02 2112224 ต่อ 1121