

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (Drug Use Evaluation; DUE)

โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

Spiriva handihaler@ : NED

I. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล..... HN.....

สิทธิการรักษาจ่ายตรง/ต้นสังกัดราชการบัตรทอง ประกันสังคมชำระเงินเอง

การวินิจฉัยโรค.....

II. ข้อบ่งชี้

- ผู้ป่วยโรคถุงลมอุดกั้นจากควันบุหรี่ที่รับไว้ในโรงพยาบาลและมีระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจและเอาท่อช่วยหายใจออกและมีประวัติการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไปในเวลา ๑ ปี
- ผู้ป่วยโรคถุงลมอุดกั้นจากควันบุหรี่ที่อยู่ในระดับ C,D ที่ยังคุมอาการไม่ได้ และต้องมีคุณสมบัติดังนี้
 1. Pulmonary function test -% FVC/FEV1 < 70% และ FEV1 < 50% ประเมินขณะอาการคงที่
 2. ได้รับยา Combination ICS/LABA และ theophylline มาเป็นระยะเวลาอันสมควรแต่ยังคุมอาการไม่ได้
 3. ได้รับ systemic steroid ติดต่อกันมากกว่า ๔ สัปดาห์ หรือต้องได้ systemic steroid ทุกเดือน

หมายเหตุ

1. แพทย์ที่สั่งจ่ายต้องเป็นอายุรแพทย์ โรงพยาบาลพิมาย
2. ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่เข้าข่ายเงื่อนไขดังกล่าวสามารถใช้ยา Spiriva handihaler ได้ในทุกสิทธิการรักษา

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง

แพทย์ผู้สั่ง.....

(.....)

วันที่.....