



แบบฟอร์มประกอบการใช้ยา 20% Human Albumin (50 ml/vial)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี

<p>ส่วนที่ 1 : เงื่อนไขการสั่งใช้ยา</p> <p>1.1 Albumin เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ(NED) สั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น</p> <p>1.2 ผู้ป่วยมีระดับ Albumin < 2.5 mg/dl *** และโปรตีนระดับต่ำเพื่อเป็นไปตามแผนการรักษา</p>	<p>ส่วนที่ 2 : ข้อมูลผู้ป่วย</p> <p>ชื่อ-สกุล.....HN.....</p> <p>หอผู้ป่วย.....อายุ.....ปี น้ำหนัก..... กก</p> <p>ระดับ Albumin</p> <p>สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> จ่ายตรง/ชรก. <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> บัตรทอง</p>
<p>ข้อบ่งใช้(indication)</p>	<p>การสั่งใช้ยา(Dose) (20 % albumin 50 ml = 10g/vial)</p>
<p>Cirrhosis</p>	
<p>[.....] Abdominal paracentesis > 4 L in cirrhosis</p>	<p>20 % albumin _____ vial. 6-8 g/ascites 1L</p>
<p>[.....] Spontaneous bacterial peritonitis</p>	<p>20 % albumin _____ vial. Day 1: 1.5g/kg then Day 2: 1.0 g/kg</p>
<p>Nephro.</p>	
<p>[.....]Acute nephropathy or Nephrotic syndrome with cardio respiratory compromised</p>	<p>20 % albumin _____ vial. Dose 0.5 - 1 g/day q 12-24 hrs.</p>
<p>[.....] Hemodialysis ที่มีปัญหา Hemodynamic instability ร่วมกับ มี serum albumin < 2.5g/dl</p>	<p>20 % albumin _____ vial.</p>
<p>Resuscitation</p>	
<p>[.....] Fluid resuscitation in severe septic shock with serum albumin ≤ 2.5 g/dl and not respond to crystalloids</p>	<p>20 % albumin _____ vial. หยุดยาเมื่อ Central venous pressure (CVP) 8-12 mmHg</p>
<p>Sx.</p>	
<p>[.....] Post-operation major surgery ร่วมกับ serum albumin ≤ 2.5 g/dl or not respond to crystalloids</p>	<p>20 % albumin _____ vial.</p>
<p>[.....] อื่นๆ โปรดระบุ</p>	<p>20 % albumin _____ vial.</p>

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา(ตัวบรรจง) วันที่.....

กรณีแพทย์ GP ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง.....(รับทราบยินยอมให้ใช้ยาได้)

ลงชื่อรับเอกสาร(เภสัชกร).....วันที่

กรุณาส่งแบบขอใช้ยา ที่ห้องยาผู้ป่วยใน ภายใน 48 ชั่วโมง

*หมายเหตุ: ส่งแบบฟอร์มขอใช้ยาทุกครั้งที่มีการสั่งยา albumin (ยกเว้นการให้ยาใน indication เดิมในผู้ป่วยที่เคยได้แบบฟอร์มแล้ว)