

แบบฟอร์มการขออนุมัติใช้ยา Levofloxacin ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา Levofloxacin มากกว่า 3 สัปดาห์ ในกรณีแพ้ยา/ผลข้างเคียงยา/ดื้อยาอื่นๆ/กรณีจำเป็นอื่นๆ
เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

โรงพยาบาล/สถานที่รักษาผู้ป่วย

โรงพยาบาล/สถานที่ให้ความเห็นชอบในการใช้ยา Lfx

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง
ที่อยู่.....

TB No. วันที่ขึ้นทะเบียนรักษา.....

1. การวินิจฉัย () วัณโรคปอด () วัณโรคนอกปอด
2. การขึ้นทะเบียน () ใหม่ () กลับเป็นซ้ำ () รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว
() รักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา () รับโอน () อื่นๆ
3. สูตรยาที่กำลังใช้.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....
4. เหตุผลในการขออนุมัติในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ Levofloxacin มากกว่า 3 สัปดาห์
 - 4.1 อาการ.....
 - 4.2 ผลทางห้องปฏิบัติการ ** ขอเอกสารแนบ **
.....

ลงชื่อผู้ขออนุมัติ.....

(.....)

วันที่.....

ความเห็นการอนุมัติการใช้ยา Levofloxacin โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญวัณโรคระดับจังหวัดหรือเขต

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ตำแหน่ง..... โรงพยาบาล

() อนุมัติ โดยใช้สูตรยา.....

() ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ เงื่อนไขการชดเชย Levofloxacin มากกว่า 3 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 18 เดือน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐาน Frist line drug มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนยา

1. ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญวัณโรคโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญวัณโรคระดับเขตที่ได้รับการแต่งตั้ง เพื่อให้ได้รับอนุมัติการใช้ยา Levofloxacin
2. ส่งสำเนาแบบฟอร์มการขออนุมัติใช้ยา Levofloxacin (Lfx 01) ที่ได้รับการอนุมัติแล้ว ไปที่งานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่
3. บันทึกการเบิกยาได้ในโปรแกรม NTIP