

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาพ่น Spiriva® handihaler (Tiotropium)

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุลHN.....อายุ.....ปี

สิทธิการรักษา ข้าราชการ ข้าราชการ ข้าราชการ UC ประกันสังคม อื่น ๆ

ยาพ่นควบคุมอาการ (Controller) ปัจจุบัน

Seretide® MDI วิธีใช้

เกณฑ์การเริ่มยา Spiriva®

เกณฑ์	ใช่	ไม่ใช่
1. มีหลักฐานการเป็น COPD ได้แก่ compatible pulmonary function test ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เกิด ≥ 1 Exacerbation/เดือน admit visit	<input type="checkbox"/> Admit.....ครั้ง/เดือน	<input type="checkbox"/>
3. visit นี้ mMRC ≥ 2 และ CAT ≥ 10	mMRC..... CAT.....	<input type="checkbox"/>
4. เทคนิคการพ่นยาถูกต้องทุกขั้นตอน และความร่วมมือในการใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ

ต้องเข้าเกณฑ์ (ใช่) ข้อ 2-4 ทุกข้อ

แพทย์ผู้ส่งจ่าย.....

วันที่.....