

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา Meropenem

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล.....HN.....อายุ.....ปี การวินิจฉัยหลัก.....

สิทธิการรักษา ☐ ประกันสุขภาพทั่วไป ☐ เบิกจ่ายตรง ☐ ชำระเงินเอง ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ

เกณฑ์การใช้ยา Meropenem

เกณฑ์	ใช่	ไม่ใช่
1.refer back กลับจาก รพ.แม่ข่ายให้ cont. ยา meropenem		
2.consult รพ.แม่ข่าย ให้ใช้ยา meropenem		
3.ผล Hemoculture พบว่าไวต่อยา meropenem		

หมายเหตุ : ต้องเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อ

แพทย์ผู้ส่งจ่าย.....

วันที่.....