

แบบการประเมินการใช้ยา Symbicort® Turbuhaler

(Budesonide/Formoterol 160+4.5mcg/dose) 120dose

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN..... อายุ.....ปี

สิทธิการรักษา ☐ข้าราชการ ☐จ่ายเอง/รัฐวิสาหกิจ ☐ประกันสังคม ☐บัตรทอง ☐อื่นๆ

Controller ปัจจุบัน คือ

วิธีการใช้ยา

☐ MDI Budesonide 200 mcg/dose

☐ MDI Fluticasone Propionate 125mcg/dose

☐ MDI Fluticasone/Salmeterol 125+25 mcg/dose (Seretide® Evohaler)

☐ DPI Fluticasone/Salmeterol 500+50 mcg/dose (Seretide® Accuhaler)

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

เหตุผลการสั่งใช้ยา Symbicort® Turbuhaler

ข้อบ่งใช้ใน Mild Asthma (Preferred)

☐ As-Needed controller Therapy for mild asthma (ในผู้ป่วยมีอาการหอบน้อยกว่า 2 ครั้ง/เดือน)

☐ มีอาการหอบ ≥ 2 ครั้ง/เดือน ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วย As needed ICS + SABA

ข้อบ่งใช้ใน Moderate Asthma (Other option)

☐ มีอาการหอบ หรือตื่นกลางดึกเนื่องจากอาการหอบ ≥ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ที่ไม่สามารถไม่สามารถรักษาอาการเจ็บปวณได้ด้วย SABA

ข้อบ่งใช้ใน Severe Asthma (Other option)

☐ มีอาการหอบ หรือตื่นกลางดึกเนื่องจากอาการหอบ ≥ 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ Low lung function ที่ไม่สามารถรักษาอาการเจ็บปวณได้ด้วย SABA

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

แพทย์ผู้สั่งจ่าย

(.....)

วันที่...../...../.....

ปรึกษาอายุรแพทย์/กุมารแพทย์.....

(รับทราบยินยอมให้ใช้ได้)