

แนวทางการสนับสนุนยาวัณโรคแนวที่สอง (Second Line Drug)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปีงบประมาณ 2549

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช มียารักษาวัณโรคแนวที่สอง (Second Line Drug) สนับสนุนให้โรงพยาบาลในเขต 11 เพื่อรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำนวน 5 รายการ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1.1 Ofloxacin 100 mg tablet | 1.4 PAS (1gm) tablet |
| 1.2 Ethionamide 250 mg tablet | 1.5 Cycloserine (250mg) tablet |
| 1.3 Kanamycin 1 gm injection | |

2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จะสนับสนุนยาวัณโรคแนวที่สองสำหรับผู้ป่วยเก่าที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้วทุก 3 เดือน ปีละ 4 งวด โดยให้จัดส่ง รายงานงวดการเบิกยาวัณโรคแนวที่สอง (Second Line Drug) แบบฟอร์ม MDR2 พร้อมกับสำเนา treatment card หรือ OPD card ของผู้ป่วยทุกรายโดยมีรายละเอียดข้อมูลการรักษาที่เป็นปัจจุบัน โดยส่งก่อนถึงงวดการสนับสนุน มาที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

- 2.1 งวดที่ 1 เดือน พ.ย. ถึง ม.ค. ส่งรายงาน ภายใน 15 ต.ค.
- 2.2 งวดที่ 2 เดือน ก.พ. ถึง เม.ย. ส่งรายงาน ภายใน 15 ม.ค.
- 2.3 งวดที่ 3 เดือน พ.ค. ถึง ก.ค. ส่งรายงาน ภายใน 15 เม.ย.
- 2.4 งวดที่ 4 เดือน ส.ค. ถึง ต.ค. ส่งรายงาน ภายใน 15 ก.ค.

3. สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารายใหม่ ที่จำเป็นต้องใช้ยารักษาวัณโรคแนวที่สอง ให้ทางโรงพยาบาลเบิกโดยใช้แบบรายงานการเบิกยาวัณโรคแนวที่สอง (Second Line Drug) สำหรับผู้ป่วยวัณโรค แบบฟอร์ม MDR1 โดยส่งทางโทรสาร (FAX) มาที่หมายเลข 075-356549 ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จะจัดส่งยาให้โดยด่วนไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังจากได้รับหนังสือเบิก (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคจะสนับสนุนให้ปริมาณเพียงพอจนถึงงวดถัดไป)

หมายเหตุ** กรณีส่งใบเบิกทางโทรสาร (FAX) กรุณาส่งหนังสือราชการตัวจริงมาทางไปรษณีย์ด้วย

4. หากมีปัญหาด้านการสนับสนุนยาวัณโรค กรุณาติดต่อ ภ.ญ.ปฐมา วรดี หรือ คุณหญิงลักษณ กำนัดงาม งานเภสัชกรรม กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน

โทรศัพท์ 075-356549 ต่อ107

โทรสาร 075-356549

E-mail tbcdc11nst@yahoo.com

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จะสนับสนุนยาวัณโรคแนวที่สอง (Second Line Drug) ให้เฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่จำเป็นต้องใช้ยารักษาวัณโรคแนวที่สองเท่านั้น โดยจะไม่สนับสนุนให้ในกรณีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New)

แบบฟอร์ม MDR1

แบบรายงานการเบิกยาวัณโรคแนวที่สอง (Second Line Drug) สำหรับผู้ป่วยวัณโรค
โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล

เพศ ชาย หญิง อายุ..... ปี น้ำหนัก กิโลกรัม

2. ข้อมูลการรักษาครั้งล่าสุด

ขึ้นทะเบียนครั้งล่าสุดเมื่อวันที่..... เลขทะเบียนวัณโรค.....

ประเภทผู้ป่วย กลับเป็นซ้ำ สัมเหลว อื่นๆ.....

วันที่จำหน่ายออก.....

ผลการรักษา(Outcome)เมื่อสิ้นสุดการรักษา.....

3. ข้อมูลการใช้ยารักษาวัณโรคแนวที่สอง (Second Line Drug)

1. Ethionamide 250 mg ขนาดที่ต้องการใช้mg/วัน ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ.....เดือน

2. Ofloxacin 100 mg ขนาดที่ต้องการใช้mg/วัน ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ.....เดือน

3. Kanamycin 1 gm ขนาดที่ต้องการใช้mg/วัน ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ.....เดือน

4. PAS 1 gm ขนาดที่ต้องการใช้.....mg/วัน ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ.....เดือน

5. Cycloserine 250 mg ขนาดที่ต้องการใช้.....mg/วัน ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ.....เดือน

4. ข้อมูลผู้ให้การรักษาและสถานที่ติดต่อ

1. ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา.....

2. ชื่อเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค.....

3. หมายเลขโทรศัพท์..... หมายเลขโทรสาร.....

E-mail address

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้เบิกเวชภัณฑ์

แบบฟอร์ม MDR2

รายงานงวดการเบิกจ่ายวัคซีนโรคแนวที่สอง (Second Line Drug)

โรงพยาบาล..... จังหวัด

ประจำวันที่ 1 (พ.ย. ถึง ม.ค.) 2 (ก.พ. ถึง เม.ย.) 3 (พ.ค. ถึง ก.ค.) 4 (ส.ค. ถึง ต.ค.)

ปีงบประมาณ.....

ลำดับ	เลขทะเบียน วัคซีนโรค	ชื่อผู้ป่วย	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	เพื่อใช้รักษา ในเดือนที่	จำนวนยาที่ต้องการเบิก (คำนวณ 4 เดือน)			
					Ethionamide 250mg(tab)	Ofloxacin 100mg(tab)	PAS 1gm(tab)	Cycloserine 250mg(tab)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
รวมจำนวนเวชภัณฑ์ที่ต้องการ								
ที่..... จำนวนเวชภัณฑ์คงคลัง								
คงเหลือจำนวนเวชภัณฑ์ที่ต้องการเบิกไปงวดนี้								

ลงชื่อ.....ผู้เบิกเวชภัณฑ์
(.....)