

แบบการประเมินการใช้ยา Atorvastatin โรงพยาบาลพรหมคีรี

ข้อมูล

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย HN..... AN..... อายุ.....ปี

สิทธิการรักษา.....

Diagnosis/Underlying disease.....

ยาที่ต้องการ Atorvastatin 40 mg เหตุผลประกอบการใช้ยา (อย่างน้อย 1 ข้อ)

☐ 1. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Simvastatin โปรระบวนการ

☐ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

☐ AST, ALT เกินค่าปกติ(AST 5-35, ALT 8-40)

☐ CPK เกินค่าปกติ(ชาย 25-284 ,หญิง 25 -150)

☐ 2. ได้รับยาร่วมที่อาจเกิด Drug interaction กับ Simvastatin

☐ Itraconazole

☐ Ketoconazole

☐ Erythromycin

☐ Clarithromycin

☐ HIV protease inhibitors

☐ Gemfibrozil

☐ อื่นๆ

☐ 3. ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย Simvastatin มาแล้ว 6 เดือน

☐ 4. ผู้ป่วยเดิมที่เคยใช้ Atorvastatin เดิมอยู่แล้วและคุม LDL ได้ตามเป้าหมาย

☐ 5. อื่นๆ โปรระบุ

.....

(.....)

แพทย์ผู้ส่งจ่าย

วันที่.....