Update 26 ก.ค.2565

แบบฟอร์มติดตามการใช้ยา Molnupiravir 200 mg capsule โรงพยาบาลบ้านนา จ.นครนายก
สำหรับผู้ป่วย COVID-19 ที่มีความเสี่ยงสูงเกิดอาการรุนแรง**

**ผู้ป่วย Covid-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบเล็กน้อย-ปานกลางที่ยังไม่ต้องให้ O_2

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... HN..... **บัตรประจำตัวประชาชน**.....

วันที่ขอยา ..... **วันที่ได้รับยา** ..... **อายุ** .....ปี **น้ำหนัก**.....kg **ส่วนสูง**.....cm **BMI**.....

อุณหภูมิ.....°C **BP**...../.....mmHg อัตราชีพจร.....ครั้ง/นาที อัตราหายใจ.....ครั้ง/นาที

เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย(สำคัญมากต้องใช้ติดตามอาการผู้ป่วย)** .....

เบอร์โทรศัพท์ญาติผู้ป่วยที่ติดต่อได้ (ถ้ามี) .....**ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย**.....

ประวัติก่อนรักษา

- **วินิจฉัยโควิด** จาก ❑ ATK วันที่..... ❑ RTPCR วันที่.....
- **มีอาการไม่เกิน 5 วัน** ❑ ใช่ ❑ ไม่ใช่
- **การรักษาด้วยออกซิเจน** ❑ ใช่ ❑ ไม่ใช่
- **อาการผู้ป่วย** ❑ ไข้ (fever/chills) ❑ หายใจถี่ (shortness of breath) ❑ ไอ (cough)

❑ เจ็บคอ (sore throat) ❑ ท้องเสีย (diarrhea) ❑ คลื่นไส้/อาเจียน (Nausea/Vomiting) ❑ ปวดหัว (headache)

❑ อ่อนแรง (weakness) ❑ ตาแดง (pink eye) ❑ ไม่รับรู้รส (loss of taste) ❑ ไม่ได้กลิ่น (anosmia)

❑ ปวดข้อ (joint pain) ❑ เจ็บหน้าอก (chest pain) ❑ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (muscle pain)

❑ รู้สึกกระวนกระวาย/สับสน (irritability/confusion) ❑ ปวดท้อง (abdominal pain)

❑ มีน้ำมูก (runny nose) ❑ อื่นๆ (other) .....

เกณฑ์การใช้รักษาผู้ป่วย COVID-19 พิจารณาให้ในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน และข้อห้ามการใช้ยา

****ครบทุกประเด็น** จึงพิจารณาให้ยา Molnupiravir ภายใน 5 วัน หลัง +ve RT-PCR/ATK หรือนับจากวันที่เริ่มมีอาการ**

1	**มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้**	**ใช่**	**ไม่ใช่**
	1.1 อายุ ≥ 60 ปี		
	1.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (GOLD grade 2 ขึ้นไป) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ		
	1.3 โรคไตเรื้อรัง (CKD) stage 3 ขึ้นไป		
	1.4 โรคหัวใจและหลอดเลือด (NYHA functional class 2 ขึ้นไป) รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด		
	1.5 โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)		
	1.6 เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled diabetes)		
	1.7 ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 kg หรือ BMI ≥30 kg/m^2)		
	1.8 ตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป)		
	1.9 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด หรือยากดภูมิ หรือ corticosteroid equivalent to prednisolone 15 mg/วัน มากกว่า 15 วัน)		
	1.10 ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD_4 cell count 200 เซลล์/mm^3 ลงมา		
	1.11 ผู้ป่วย lymphocyte < 1,000 cell/mm^3		
2	**ไม่เป็น** สตรีตั้งครรภ์และสตรีให้นมบุตร		
3	**ไม่เป็น** severe neutropenia (Neutrophil < 500 cell/mm3 Platelet count 100,000/μL)		

หมายเหตุ การสั่งใช้ยาโดยแพทย์ staff ทุกคน โดยผ่าน consult **อายุรแพทย์ รพ.บ้านนา/ รพ.นครนายก**

เกณฑ์การใช้รักษาผู้ป่วย COVID-19 พิจารณาให้ในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ อายุ ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการได้รับวัคซีน และ ข้อห้ามการใช้ยา ถ้าครบ ใน 4 ประเด็นพิจารณาให้ยา Molnulpiravir ภายใน 5 วันภายหลังเริ่มมีอาการ โดย

1. บุคลากรทางการแพทย์ต้องรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไปยังช่องทางที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลาง ยังไม่ต้องให้ oxygen
3. ห้ามใช้ในเด็กอายุ ≤ 18 ปี หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร

☑ **จำนวนที่ขอเบิก 40 เม็ด ขนาดยาที่ใช้:**

<u>สำหรับผู้ใหญ่</u> รับประทาน 800 mg (Capsule 200 mg จำนวน 4 caps ทุก 12 ชม.) นาน 5 วัน รวม 40 caps

- **สถานะผู้ป่วย (Patient status)**
  - ❑ **ผู้ป่วยหายจากโควิด-19 (Recovered)** ❑ **ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital admission)**
  - ❑ **ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโควิด-19 (Death)** ❑ **ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ (Uncontacted)**
  - ❑ **อื่นๆ (Other)** .....

- **อาการอื่นของผู้ป่วยหลังการใช้ยา Molnupiravir**
  - ❑ ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Molnupiravir (no adverse event)
  - ❑ ท้องเสีย (Diarrhea) ❑ คลื่นไส้ (Nausea) ❑ มึนงง (Dizziness)
  - ❑ อาการไม่พึงประสงค์อื่น โปรดระบุ.....

- **ผลการรักษา (วันที่ 10 วันหลังได้รับยา)**
  - ❑ ผู้ป่วยปลอดภัยจำหน่ายออกจากระบบการรักษาได้
  - ❑ ผู้ป่วยอาการมากขึ้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital admission)
  - ❑ ผู้ป่วยเสียชีวิต ระบุสาเหตุ.....
  - ❑ อื่น ๆ (Other) โปรดระบุ.....

ลงชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา/แพทย์ผู้อนุมัติ.....ว.....

วันที่สั่งใช้ยา.....

เภสัชกรผู้จ่ายยา.....วันที่จ่ายยา.....