



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โซนทิศใต้ (อาคารจอตระถ) “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ที่ สปสช ๕.๔๒/ว.๒๖๑๗

๒๗ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งขั้นตอนการขออนุมัติใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการ/ผู้ประกอบกิจการ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขั้นตอนการขออนุมัติใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางขั้นตอนปฏิบัติในการขออนุมัติใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) เมื่อพบผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่เข้าตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยา Favipiravir นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร จึงขอส่งแนวทางดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย เพื่อให้หน่วยบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้เป็นแนวทางในการขออนุมัติใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ผ่านกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ป.ค.

(นายประเทือง เผ่าดิษฐ์)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

โทรศัพท์ ๐๖๓ ๒๒๕ ๒๐๙๖

ผู้ประสานงาน นายรณีย์ สายรักษ์

FM-401 04-040

ฉบับที่ 05

วันที่ 2 เมษายน 2563



ขั้นตอนการขออนุมัติใช้ยา Favipiravir 200 mg

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

(กรณีรับยาครั้งแรก)

เมื่อพบผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่เข้าตามเกณฑ์แนวทางการกำกับการใช้ยา Favipiravir (ตามเอกสารหมายเลข 4) ให้ดำเนินการ ดังนี้

1. จัดเตรียมเอกสารประกอบการเบิกยา ดังนี้

- กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 2)
- กรอกแบบฟอร์มการรับยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 5)
- จัดเตรียมสำเนาใบรายงานผลตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID – 19 ที่เป็นทางการจากสถาบันที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เช่น จุฬา, ศิริราช, รามาธิบดี, ราชวิถี, กรมวิทย์ฯ เป็นต้น ที่มีรหัสการส่งตรวจ (verification code)
- จัดเตรียมสำเนาภาพถ่าย Vital sign charge (ฟอร์มปรอท)
- จัดเตรียมสำเนาภาพถ่าย x-ray ปอดหรือ CT scan ทรวงอก (ถ้ามี) พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์ (ถ้ามี)

2. ส่งเอกสารที่เตรียมไว้ในข้อ (1) โดยจัดทำเป็นเอกสารรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ส่งผ่านทาง Email : inventri_covid@hotmail.com หรือ ทาง Line ID : adminrifavi เพื่อเสนอให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่แต่งตั้งโดยกรมการแพทย์เป็นผู้พิจารณาอนุมัติจ่ายยา ทั้งนี้ ให้ระบุข้อความเพื่อประกอบการลงทะเบียนขอเบิกยา ดังต่อไปนี้

- ชื่อสถานพยาบาล
- ชื่อผู้ป่วย HN
- รหัสขอพิจารณารับยาเดิม (ถ้ามี)
- ชื่อแพทย์ผู้ขอใช้ยา
- ชื่อผู้ประสานงาน
- หมายเลขโทรศัพท์ หรือ Line ID หรือ Email ที่ติดต่อได้

ทั้งนี้

- กรณีส่งข้อมูลผ่านทาง e-mail ให้ระบุข้อความดังกล่าวไว้ในช่องเนื้อหาของเมลล์ และระบุชื่อเรื่องเป็น “ชื่อโรงพยาบาล (ชื่อสกุลผู้ป่วย)” และแนบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เตรียมไว้มาพร้อม

- กรณีส่งข้อมูลผ่านทาง Line ให้ระบุข้อความดังกล่าวไว้เป็นข้อความแรก และส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เตรียมไว้ตามมาตามลำดับ

3. เมื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันอนุมัติการใช้ยาแล้ว จะตอบกลับไปให้ผู้ประสานงานทางหมายเลขโทรศัพท์ หรือ Line ID หรือ Email ที่ให้ไว้ พร้อมให้รหัสรับยาเพื่อใช้ประกอบการรับยาและเบิกยาครั้งต่อไป

4. กรอกรหัสรับยาที่ได้รับในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 2) ต้นฉบับแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับยาตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มการรับยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 5) ใส่ซองทึบ ปิดผนึก และ เขียนรหัสรับยาที่ได้รับบนหน้าซอง พร้อมส่งคืน

5. รorรับยาจากโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งนำส่งยาโดย **บริษัท ซิลลิคฟาร์ม่า (ประเทศไทย) จำกัด**

6. การรับยา

- บริษัท ซิลลิคฟาร์ม่า (ประเทศไทย) จำกัด จะนำส่งยาให้แก่ผู้รับยาตามสถานที่ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มการรับยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 5)

- การรับยาให้ยืนยันรหัสรับยาและแสดงบัตรประชาชนผู้รับยาต่อเจ้าหน้าที่บริษัทฯผู้ส่งยาเพื่อความถูกต้อง

- เมื่อตรวจสอบเอกสารและยา พร้อมทั้งลงนามผู้รับและผู้ส่งในใบส่งสินค้าเรียบร้อยแล้ว ให้เจ้าหน้าที่บริษัทฯถ่ายรูปใบส่งสินค้าพร้อมบัตรประชาชนผู้รับยาและเจ้าหน้าที่บริษัทฯผู้ส่งยาส่งโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อยืนยันการส่งยา

- ให้หน่วยงานผู้เบิกยาส่งมอบของเอกสารแบบฟอร์มฯและสำเนาบัตรฯที่เตรียมไว้ตามข้อ (4) ให้เจ้าหน้าที่บริษัทฯผู้ส่งยา เพื่อส่งมอบให้กับโรงพยาบาลราชวิถีต่อไป และรับสำเนาใบส่งสินค้าเก็บไว้เป็นหลักฐานการรับยา

7. **กรณีเป็นผู้ป่วยต่างชาติ** เมื่อได้รับอนุมัติให้ยาแล้ว ผู้ประสานงานการจ่ายยาจะแจ้งรหัสรับยาเพื่อให้มาชำระเงินค่ายาและรับยาที่ห้องยาตีกลุณเณิน เบอร์ 97 โรงพยาบาลราชวิถี โดยนำเอกสารตัวจริงทั้งหมดใส่ซองปิดผนึก พร้อมสำเนาบัตรผู้มารับยา 1 ชุดมาติดต่อ

8. กรณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่อนุมัติการใช้ยา จะตอบกลับไปให้ผู้ประสานงานทางหมายเลขโทรศัพท์ หรือ Line ID หรือ Email ที่ให้ไว้ ให้ติดต่อกลับผู้ประสานงานการขออนุมัติเบิกยาเพื่อดำเนินการต่อไป

การประสานงานด้านการขออนุมัติเบิกยา

ผู้ประสานงาน คุณคำพอง คำนนท์ โทรศัพท์ 08 1989 7736

อีเมล inventrj_covid@hotmail.com

Line ID adminrifavi

การประสานงานด้านการเบิกยา

ผู้ประสานงาน 1. ภญ.ปวรวิสา นาคสุขปาน โทรศัพท์ 09 7230 4838

2. คุณเพ็ญพร ศิริพันธ์ โทรศัพท์ 08 1552 1807

Line ID Favipiravir

โทรศัพท์ งานบริการเวชภัณฑ์ (คลังยา) โรงพยาบาลราชวิถี

0 2 2062900 ต่อ 10944 , 10947

ขั้นตอนการขออนุมัติใช้ยา Favipiravir 200 mg

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

(กรณีรับยาครั้งต่อไปสำหรับผู้ป่วยรายเดิม เพื่อให้ยาต่อจนครบ 10 วัน)

เมื่อผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยา Favipiravir (ตามเอกสารหมายเลข 4) และได้รับยา Favipiravir ครั้งแรกไปแล้ว พบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยา Favipiravir ต่อไปอีกตามแนวทางกำกับการใช้ยา Favipiravir (ตามเอกสารหมายเลข 4) ให้ดำเนินการ ดังนี้

1. จัดเตรียมเอกสารประกอบการเบิกยา ดังนี้

- กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Favipiravir กรณีใช้ยาเป็นครั้งที่สอง เพื่อให้ยาต่อจนครบ 10 วัน (เอกสารหมายเลข 3) พร้อมระบุรหัสรับยาของผู้ป่วยรายนี้ครั้งล่าสุด
- กรอกแบบฟอร์มการรับยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 5)
- จัดเตรียมสำเนาภาพถ่าย x-ray ปอดหรือ CT scan ทรวงอก (ถ้ามี) พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์ (ถ้ามี) ครั้งล่าสุด (ไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมงนับจากวันที่ขอรับยาครั้งนี้)

2. ส่งเอกสารที่เตรียมไว้ในข้อ (1) โดยจัดทำเป็นเอกสารรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ส่งผ่านทาง Email : inventri_covid@hotmail.com หรือ ทาง Line ID : adminrifavi เพื่อเสนอให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่แต่งตั้งโดยกรมการแพทย์เป็นผู้พิจารณาอนุมัติจ่ายยา ทั้งนี้ ให้ระบุข้อความเพื่อประกอบการลงทะเบียนขอเบิกยา ดังต่อไปนี้

- ชื่อสถานพยาบาล
- ชื่อผู้ป่วย HN
- รหัสรับยาครั้งล่าสุด
- ชื่อแพทย์ผู้ขอใช้ยา
- ชื่อผู้ประสานงาน
- หมายเลขโทรศัพท์ หรือ Line ID หรือ Email ที่ติดต่อได้

ทั้งนี้

- กรณีส่งข้อมูลผ่านทาง e-mail ให้ระบุข้อความดังกล่าวไว้ในช่องเนื้อหาของเมลล์ และระบุชื่อเรื่องเป็น “ชื่อโรงพยาบาล (ชื่อสกุลผู้ป่วย) ครั้งที่.....” และแนบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เตรียมไว้มาพร้อม
- กรณีส่งข้อมูลผ่านทาง Line ให้ระบุข้อความดังกล่าวไว้เป็นข้อความแรก และส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เตรียมไว้ตามลำดับ

3. เมื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันอนุมัติการใช้ยาแล้ว จะตอบกลับไปให้ผู้ประสานงานทางหมายเลข โทรศัพท์ หรือ Line ID หรือ Email ที่ให้ไว้ พร้อมให้รหัสรับยาเพื่อใช้ประกอบการรับยาและเบิกยาครั้งต่อไป

4. กรอกรหัสรับยาที่ได้รับในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 2) ต้นฉบับ
แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับยาตามที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มการรับยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 5) ใส่
ซองทึบ ปิดผนึก และ เขียนรหัสรับยาที่ได้รับบนหน้าซอง พร้อมส่งคืน

5. รอรับยาจากโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งนำส่งยาโดย บริษัท ซิลลิคฟาร์มา (ประเทศไทย) จำกัด

6. การรับยา

- บริษัท ซิลลิคฟาร์มา (ประเทศไทย) จำกัด จะนำส่งยาให้แก่ผู้รับยาตามสถานที่ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์ม
การรับยา Favipiravir (เอกสารหมายเลข 5)

- การรับยาให้ยืนยันรหัสรับยาและแสดงบัตรประชาชนผู้รับยาต่อเจ้าหน้าที่บริษัทฯผู้ส่งยาเพื่อความ
ถูกต้อง

- เมื่อตรวจสอบเอกสารและยา พร้อมทั้งลงนามผู้รับและผู้ส่งในใบส่งสินค้าเรียบร้อยแล้ว ให้
เจ้าหน้าที่บริษัทฯถ่ายรูปใบส่งสินค้าพร้อมบัตรประชาชนผู้รับยาและเจ้าหน้าที่บริษัทฯผู้ส่งยาส่งโรงพยาบาล
ราชวิถี เพื่อยืนยันการส่งยา

- ให้งานผู้เบิกยาส่งมอบของเอกสารแบบฟอร์มฯและสำเนาบัตรฯที่เตรียมไว้ตามข้อ (4) ให้
เจ้าหน้าที่บริษัทฯผู้ส่งยา เพื่อส่งมอบให้กับโรงพยาบาลราชวิถีต่อไป และรับสำเนาใบส่งสินค้าเก็บไว้เป็น
หลักฐานการรับยา

7. กรณีเป็นผู้ป่วยต่างชาติ เมื่อได้รับอนุมัติให้ยาแล้ว ผู้ประสานงานการจ่ายยาจะแจ้งรหัสรับยา
เพื่อให้มาชำระเงินค่ายาและรับยาที่ห้องยาตึกฉุกเฉิน เบอร์ 97 โรงพยาบาลราชวิถี โดยนำเอกสารตัวจริง
ทั้งหมดใส่ซองปิดผนึก พร้อมสำเนาบัตรผู้มารับยา 1 ชุดมาติดต่อ

8. กรณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่อนุมัติการใช้ยา จะตอบกลับไปให้ผู้ประสานงานทางหมายเลขโทรศัพท์
หรือ Line ID หรือ Email ที่ให้ไว้ ให้ติดต่อกลับผู้ประสานงานการขออนุมัติเบิกยาเพื่อดำเนินการต่อไป

การประสานงานด้านการขออนุมัติเบิกยา

ผู้ประสานงาน คุณคำพอง คำนนท์ โทรศัพท์ 08 1989 7736

อีเมล inventrj_covid@hotmail.com

Line ID adminrifavi

การประสานงานด้านการเบิกยา

ผู้ประสานงาน 1. ภญ.ปวรริสา นาคสุขปาน โทรศัพท์ 09 7230 4838

2. คุณแพทย์พร ศิริพันธ์ โทรศัพท์ 08 1552 1807

Line ID Favipiravir

โทรศัพท์ งานบริการเวชภัณฑ์ (คลังยา) โรงพยาบาลราชวิถี

0 2 2062900 ต่อ 10944 , 10947

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Favipiravir 200 mg Tablet (กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก อนุมัติไม่เกิน 5 วัน)



โรงพยาบาล วัน เดือน ปี ที่ส่งข้อมูล/...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย : ชื่อ นามสกุล เพศ ชาย หญิง

อายุ ปี เดือน Verification Code Lab สปคม/SAT

เลขที่บัตรประจำประชาชน (13 หลัก) หรือเลขที่หนังสือเดินทาง ประเทศ

สิทธิรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก : Body weight kg Height cm BMI kg/m²

2.1 ผลการตรวจร่างกาย (วันที่นอนรพ.วันแรก) : temperature °C อัตราการหายใจ /นาที O₂ sat (room air/on)%

2.2 ผลทางรังสีวิทยา **พร้อมแนบบรูปและผลอ่านเอกซเรย์**

	Date	ผลทางรังสีวิทยา
CXR ครั้งล่าสุด		
CT-scan (ถ้ามี)		

2.3 ผลการตรวจยืนยัน COVID-19 **พร้อมแนบบผล**

Date	Type of specimen	สถาบันส่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ
			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

2.4 การดูแลรักษาทางเดินหายใจ Room air O₂ canula O₂ mask with bag T-piece O₂ high flow CPAP BiPAP Ventilator

2.5 แผนการให้ยา Favipiravir 200 mg Tablet

	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่ BMI ≥35 kg/m ² (≥90 kg)	<input type="checkbox"/> เด็ก
วันที่ 1	9 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	12 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	30 mg/kg/dose คิดเป็น ____ เม็ด วันละ 2 ครั้ง
วันที่ 2-5	4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	10 mg/kg/dose คิดเป็น ____ เม็ด วันละ 2 ครั้ง
รวม (เม็ด)	50	64	

ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตามแนวทางการใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยกรมการแพทย์ ฉบับปัจจุบัน **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้

1. อาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรครวมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ
ระบุเหตุผล
2. อาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรครวมสำคัญ **ข้อใดข้อหนึ่ง** ต่อไปนี้ หรือมีปอดบวมเล็กน้อยที่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 3
 อายุ >60 ปี BW >90 kg เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ตับแข็ง CKD โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด
 โรคหลอดเลือดสมอง COPD รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ lymphocyte <1,000 cells/mm³ อื่นๆ
3. มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O₂ saturation <96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ ≥3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates
4. ไม่ตรงเกณฑ์และมีความจำเป็นต้องใช้ กรณาระบุเหตุผลพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

แพทย์ผู้สั่งยา เภสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้นจากรพ.แม่ข่าย
 ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... อนุมัติ ไม่อนุมัติ
 (.....) (.....)
 เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 โรงพยาบาล

ข้อมูลประกอบการเบิกยาค้าง 1. เอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาฉบับนี้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
 2. ไฟล์รูปภาพ chest x-ray (ทุกราย) หรือ chest CT scan (ถ้ามี) พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์
 3. ไฟล์รูปภาพใบรายงานผลตรวจการติดเชื้อ COVID-19
 การรับยา : **ต้องแนบบเอกสารประกอบการเบิกยาทั้ง 3 ฉบับเป็นหลักฐานประกอบการรับยาทุกครั้ง** เพื่อให้ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาต่อไป

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Favipiravir 200 mg Tablet (กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่สอง เพื่อใช้ยาต่อจนครบ 10 วัน)



โรงพยาบาล วัน เดือน ปี ที่ส่งข้อมูล/...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย : ชื่อ นามสกุล เพศ ชาย หญิง

อายุ ปี เดือน Verification Code Lab สปคม/SAT

เลขที่บัตรประจำประชาชน (13 หลัก) หรือเลขที่หนังสือเดินทาง ประเทศ

สิทธิรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆ ระบุ

รหัสรับยารั้งล่าสุด วันที่ใช้ยาครบ 5 วัน/...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก : Body weight kg Height cm BMI kg/m²

2.1 ผลการตรวจร่างกายล่าสุดวันที่...../...../..... temperature °C อัตราการหายใจ /นาที O₂ sat (room air/on)%

2.2 ผลทางรังสีวิทยา พร้อมแนบรูปและผลอ่านเอกซเรย์

	Date	ผลทางรังสีวิทยา
CXR ครั้งล่าสุด		
CT-scan (ถ้ามี)		

2.3 ผลการตรวจยืนยัน COVID-19 พร้อมแนบผล (กรอกข้อมูลและแนบผล เฉพาะกรณีตรวจครั้งแรกไม่พบเชื้อ และมีความจำเป็นต้องใช้ยานานกว่า 10 วัน)

ครั้งที่	Date	Type of specimen	สถาบันส่งสิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ
1				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
2				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
.....				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

2.4 การดูแลรักษาทางเดินหายใจ Room air O₂ canula O₂ mask with bag T-piece O₂ high flow CPAP BiPAP Ventilator

2.5 แผนการให้ยา Favipiravir 200 mg Tablet

	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่	<input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่ BMI ≥35 kg/m ² (≥90 kg)	<input type="checkbox"/> เด็ก
วันที่ 6-10	4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	10 mg/kg/dose คิดเป็น ____ เม็ด วันละ 2 ครั้ง
รวม (เม็ด)	40	50	

ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตามแนวทางการใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยกรมการแพทย์ ฉบับปัจจุบัน ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

- 1. อาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ
ระบุเหตุผล
- 2. อาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ หรือมีปอดบวมเล็กน้อยที่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 3
 อายุ >60 ปี BW >90 kg เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ตับแข็ง CKD โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด
 โรคหลอดเลือดสมอง COPD รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ lymphocyte <1,000 cells/mm³ อื่นๆ
- 3. มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O₂ saturation <96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ ≥3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates
- 4. ไม่ตรงเกณฑ์และมีความจำเป็นต้องใช้ กรณาระบุเหตุผลพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

แพทย์ผู้สั่งยา เภสัชกรประจำสถานพยาบาลผู้รับยา สำหรับผู้พิจารณาอนุมัติเบื้องต้นจากรพ.แม่ข่าย
 ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... อนุมัติ ไม่อนุมัติ
 (.....) (.....)
 เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 โรงพยาบาล

ข้อมูลประกอบการเบิกยาครั้งที่สอง 1. เอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาฉบับนี้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
 2. ไฟล์รูปภาพ chest x-ray (ทุกราย) หรือ chest CT scan (ถ้ามี) พร้อมผลอ่านโดยรังสีแพทย์
 3. ไฟล์รูปภาพใบรายงานผลการตรวจการติดเชื้อ COVID-19 (เฉพาะกรณีตรวจครั้งแรกไม่พบเชื้อและมีความจำเป็นต้องใช้ยานานกว่า 10 วัน)
 การรับยา : ต้องแนบเอกสารประกอบการเบิกยาทั้ง 3 ฉบับเป็นหลักฐานประกอบการรับยาทุกครั้ง เพื่อใช้ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาต่อไป