

แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Molnupiravir สำหรับผู้ป่วย COVID - 19

โรงพยาบาลโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี

ชื่อผู้ป่วย ..... HN.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก สูง.....ซม. BMI.....kg/m<sup>2</sup> วันที่ได้รับยา.....

ตรวจพบเชื้อ COVID - 19 จาก ATK  วันที่.....  PCR วันที่.....

เกณฑ์การใช้ยา เป็นผู้ป่วย COVID-19		ใช่	ไม่ใช่
1	อาการ : อาการไม่รุนแรงและมีอาการมาไม่เกิน 5 วัน (DOI≤5)		
2	ไม่เป็นบุคคลต่อไปนี้		
	หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร, อายุต่ำกว่า 18 ปี, ผู้ป่วยต่างชาติ		
3	มีปัจจัยเสี่ยง(Risk factor) อย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้		
	3.1 อายุ ≥ 60 ปี		
	3.2 ภาวะอ้วน BMI ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> , BW > 90 กก		
	3.3 ไตวายเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป		
	3.4 เบาหวาน		
	3.5 โรคถุงลมโป่งพอง หรือโรคปอดเรื้อรังอื่น ทุกระยะ		
	3.6 โรคหัวใจและหลอดเลือด		
	3.7 โรคหลอดเลือดสมอง		
	3.8 ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ CD4 < 200 เซลล์/ลบ.มม		
	3.9 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (กำลังรับประทาน prednisolone 15 mg/d หรืออยู่ระหว่างการรับยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิอื่นๆ)		
	3.10 ตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป)		

**หมายเหตุ :** Molnupiravir พิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือโรคร่วมที่สำคัญหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบเล็กน้อยถึงปานกลางยังไม่ต้องให้ออกซิเจน (Mild pneumonia) ทั้งนี้การตัดสินใจขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

**ขนาดยา :** ตาม Update CPG ของกรมการแพทย์ ให้ Molnupiravir (200) จำนวน 4 แคปซูล รับประทานทุก 12 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 5 วัน (40 เม็ด/คน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....

เภสัชกรผู้จ่ายยา.....

( )

( )

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....