



## คำรับรองของแพทย์เพื่อประกอบการทำ Plasmapheresis/Plasma exchange

ส่วนราชการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โทรศัพท ๑๗๘๙

ที่.....ชร.๐๐๓๒.๑๐๙/อ.....

วันที่ .....

เรื่อง ขออนุมัติสั่งซื้อยากรณีเร่งด่วน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ข้าพเจ้า นพ./พญ. .... ตำแหน่ง .....สังกัด

หน่วย ..... ภาควิชา ..... มีความ

จำเป็นต้องทำ Plasmapheresis ให้กับผู้ป่วยชื่อ ..... HN ..... ระบุ

โรค ..... อายุ ..... ปี น้ำหนัก ..... กิโลกรัม

Hct ..... % หอผู้ป่วย .....

สิทธิการรักษาพยาบาล:  ง่ายตรง  อปท  ประกันสังคม  บัตรทอง  ชำระเงินเอง  อื่นๆ.....

ตามแผนการรักษาและข้อบ่งชี้ โดยได้บันทึกข้อบ่งชี้ในเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว

โรค	เงื่อนไข	สารละลาย	Schedule
<input type="checkbox"/> Guillain-Barre syndrome	- ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง - มีปัญหาการกลืนที่ต้องใส่สายยาง - ใช้เครื่องช่วยหายใจ	5% Albumin	EOD (5-6 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> CIDP	- ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง - มีปัญหาการกลืนที่ต้องใส่สายยาง - ใช้เครื่องช่วยหายใจ	5% Albumin	EOD (4-6 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> Myasthenia gravis	- ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง - มีปัญหาการกลืนที่ต้องใส่สายยาง - ใช้เครื่องช่วยหายใจ	5% Albumin	OD/EOD (5-6 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> Autoimmune Encephalitis	ตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อ neuronal membrane protein หรือ neuronal channel protein เช่น Anti-NMDA, Anti-AMPA, Anti-GABAa, Anti-GABAb, Anti-Lgi1, Anti-Caspr2, Anti-DPPX, Anti-glycine, Anti-dopamine receptor	5% Albumin	EOD (5-7 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> Acute Severe Demyelinating Diseases (neuromyelitis optica, multiple sclerosis, acute disseminated encephalomyelitis, transverse myelitis)	ไม่ดีขึ้นด้วย high-dose steroid อย่างน้อย 5 วัน เช่น motor power ดีขึ้นน้อยกว่า 2 เกรด หรือ VA score ดีขึ้นน้อยกว่า 2 ระดับ หรือยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ	5% Albumin	OD/EOD (5-7 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> ANCA-associated RPGN	- Dialysis dependence หรือ Cr > 5.6 mg/dl - DAH	5% Albumin FFP (มี DAH ร่วม)	OD/EOD (7-10 ครั้ง)

<input type="checkbox"/> Anti-GBM	- Cr < 5.6 mg/dl	5% Albumin	OD/EOD
<input type="checkbox"/> Goodpasture's syndrome	- DAH	FFP (มี DAH ร่วม)	(7-10 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> TTP		FFP	OD
<input type="checkbox"/> Hyperviscosity in monoclonal gammopathy	- Symptomatic - Prophylaxis for rituximab	5% Albumin	OD
<input type="checkbox"/> FSGS	- Recurrent in transplanted kidney	5% Albumin	OD/EOD
<input type="checkbox"/> Renal transplantation	- Ab mediated rejection - Desensitization in living transplanted recipient	5% Albumin	OD/EOD

ขออนุมัติเบิกอุปกรณ์ ดังนี้

อุปกรณ์ที่ต้องใช้	จำนวน
<input checked="" type="checkbox"/> ตัวกรองประสิทธิภาพสูง (Plasmaflo)	
<input type="checkbox"/> Double lumen catheter สายตรง	
<input type="checkbox"/> Fresh Frozen plasma	.....ml x .....ครั้ง
<input type="checkbox"/> 5%Albumin 250 ml	.....ขวด x .....ครั้ง, รวม.....ขวด

ลงชื่อ .....

(.....)

อายุรแพทย์โรคไต

วันที่ .....

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม

วันที่ .....