

1



โรงพยาบาลราชประชานุเคราะห์
Changrai Prachanukroh Hospital

ชื่อ-นามสกุล.....HN.....อายุ.....ปี
วันที่.....เวลา.....สิทธิการรักษา.....

Standing Order for Occupational Post-Exposure Prophylaxis

PEP บุคลากรไม่ต้องชำระเงินค่ายาและ LAB กรณีมีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาให้ติดต่อศูนย์ประสานสิทธิ

Medication:

TLD (TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg) – code: OCTLD1

1 tab stat at _____ then q 24 hr at _____ # _____ tab

หมายเหตุ:

- จำนวนยาที่จ่าย ให้เภสัชกรคำนวณจ่ายนาน 1-7 วัน โดยให้มียาเพียงพอจนถึงวันและเวลาราชการวันแรกนับจากวันที่สัมผัสเชื้อ
- ก่อนจ่ายยา เภสัชกรต้องซักประวัติและให้คำแนะนำผู้สัมผัสเชื้อดังนี้
 - [] 1. ไม่มีประวัติแพ้ยาต้านไวรัสทั้ง 3 รายการที่จะได้รับ
 - [] 2. ให้ผู้สัมผัสเชื้อรับประทานยาให้เร็วที่สุดภายใน 1 – 2 ชั่วโมงหลังสัมผัส
 - [] 3. กรณีผู้สัมผัสเชื้อมีประวัติ Renal Impairment (Clcr < 50 mL/min): หลังกินยา stat dose ต้องให้ไปพบแพทย์เพื่อปรับขนาดยา TDF และ 3TC
 - [] 4. นอกวัน/เวลาราชการ: หลังรับยาให้นำใบสั่งยาที่ 2 ไปพบแพทย์ที่ ER
ในวัน/เวลาราชการ: หลังรับยาให้นำใบสั่งยาที่ 2 ไปพบแพทย์ที่ OPD Med
 - [] 5. ให้ผู้สัมผัสเชื้อ scan QR code เพื่อรายงานการเกิดอุบัติเหตุไปยังงาน IC (โทร 1858)

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้สั่ง

ลงชื่อ _____ เภสัชกรผู้จ่าย

(พญ.สุวิมล คุณ์สุวรรณ)

ฉีก และให้ใบสั่งยาส่วนที่ 2 กับผู้ป่วยเพื่อไปพบแพทย์

2



โรงพยาบาลราชประชานุเคราะห์
Changrai Prachanukroh Hospital

ชื่อ-นามสกุล.....HN.....อายุ.....ปี
วันที่.....เวลา.....สิทธิการรักษา.....

Occupational Post-Exposure Prophylaxis

PEP บุคลากรไม่ต้องชำระเงินค่ายาและ LAB กรณีมีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาให้ติดต่อศูนย์ประสานสิทธิ

LAB: [] Anti-HIV, CBC, Cr, SGPT [] HBsAg, Anti-HBS, Anti-HCV (หากไม่มีผล)

Medication:

- สำหรับ ER: ให้ผู้ป่วยไปรับยาต่อที่ OPD อายุรกรรม ในวัน/เวลาราชการ
- สำหรับ OPD อายุรกรรม: [] Off [] ให้ยาต่อจนครบ 4 สัปดาห์



กรุณาสแกน QR code ส่งงาน IC แบบรายงานกรณีเกิดอุบัติเหตุเพิ่มเติม ขอมมี คมบาด สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ป่วย ขณะปฏิบัติงาน สำหรับบุคลากร

TLD (TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg) 1 tab q 24 hr # _____ tab* (ใช้ code OCTLD1)

*กรณีผู้สัมผัสเชื้อมีประวัติ Renal Impairment (CrCl < 50 mL/min): ต้องปรับ dose ยา TDF และ 3TC ตาม CrCl

นัด Follow Up ที่ OPD อายุรกรรมวันที่ _____

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้สั่ง