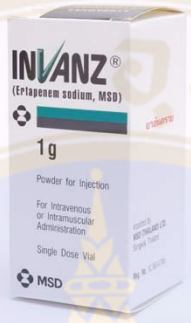
ข้อปฏิบัติในการจ่ายยา VFEND®

ยา Voriconazole มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ **เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2)** ด้วยข้อบ่งใช้คือ Invasive Aspergilosis เท่านั้น แต่ยังไม่มีประกาศอย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ทั้งนี้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) แจ้งว่าโรงพยาบาลสามารถเบิกยาคืนย้อนหลังได้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 งานจัดซื้อและคลังเวชภัณฑ์แจ้งแนวทางปฏิบัติการจ่ายยา Voriconazole ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม ดังนี้

1. **จำกัดรายชื่อแพทย์เฉพาะทางผู้มีสิทธิ์สั่งใช้ยา และใช้แบบฟอร์มประกอบการสั่งใช้ยาเดิมไปก่อน**
2. **แพทย์ต้องระบุ ข้อบ่งใช้ในใบสั่งยาและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยคือ** “ Invasive Aspergilosis ” **เท่านั้น นอกนั้นไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้**

การบริหารยาฉีด INVANZ®



การเตรียมยาสำหรับให้ยาทางหลอดเลือดดำ :

-ห้ามใช้สารละลายที่มีส่วนผสมของเดกซ์โตรส

-ต้องละลายยาอินแวนซ์ และทำให้เจือจางทันทีก่อนที่จะนำไปใช้

1. ละลายยาอินแวนซ์ ในขวด 1 กรัม ด้วย 10 มล. ของ SWI หรือ NSS
2. เขย่าขวดจนตัวยาละลายหมด ดูดสารละลายและนำไปเจือจางทันทีด้วย NSS ให้ได้ความเข้มข้น 20 มก./มล.หรือน้อยกว่า
3. นำยาที่เจือจางแล้วนี้ไปให้ผู้ป่วยโดยหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควรหยดช้าๆ ในเวลา 30 นาที

ความคงตัวของยาหลังเจือจางด้วย NSS

สามารถเก็บที่อุณหภูมิห้อง (25^0C) และใช้ภายใน 6 ชั่วโมง

หรือเก็บได้ 24 ชั่วโมง ในตู้เย็น (5^0C) และใช้ภายใน 4 ชั่วโมง หลังนำออกจากตู้เย็น

ศิริราชเภสัชสาร
Siriraj Pharmletter

มีอะไรในฉบับนี้

- ♦ **รายการยาโรงพยาบาลศิริราชที่มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการเบิกค่ายา โดยต้องระบุข้อบ่งใช้สำหรับการเบิกค่ายา (เฉพาะรายการที่มีการเปลี่ยนแปลง)**
- ♦ **ข้อปฏิบัติในการจ่ายยา** VFEND®
- ♦ **การบริหารยาฉีด** INVANZ ®

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1

เดือนพฤศจิกายน 2555

รายการยาที่ต้องระบุข้อบ่งใช้ สำหรับการเบิกค่ายา

ขอเสนอข้อมูลรายการยาโรงพยาบาลศิริราชที่มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการเบิกค่ายา **โดยต้องระบุข้อบ่งใช้สำหรับการเบิกค่ายา (เฉพาะรายการที่มีการเปลี่ยนแปลง)** ดังนี้

1 รายการยาเข้าใหม่ ที่มีเงื่อนไขการเบิกค่ายาต้องระบุข้อบ่งใช้ และเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก

รายการยา	ข้อบ่งใช้ สำหรับการเบิกค่ายา
Lenalidomide 10 , 15 , 25mg Cap. (Revlimid®)	**เบิกได้ในกรณี** Refractory Multiple Myeloma

2. รายการยาเดิมเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการเบิกค่ายา โดยเพิ่มเงื่อนไขข้อบ่งใช้ สำหรับการเบิกค่ายา

รายการยา	ข้อบ่งใช้ สำหรับการเบิกค่ายา
-Estradiol Gel 0.06% 80 g [Oestrogel®]	เบิกได้ในกรณีต่อไปนี้ 1.ใช้เป็นฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน 2.ใช้ป้องกันภาวะกระดูกพรุน
-Estradiol Gel 0.1% Sachet 1 g [Divigel®] -Estradiol Vaginal Tab 25 mcg [Vagifem®]	เบิกได้ในกรณี ใช้เป็นฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน
-Estradiol+Drospirenone Tab (28's) [Angeliq®] -Estradiol Patch 3.8 mg [Climara-50®] -Estradiol+Cyproterone Tab (28's) [Climen®28] -Estradiol Tab1,2 mg (28's) [Progynova®]	เบิกได้ในกรณีต่อไปนี้ 1.ใช้เป็นฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัย หมดประจำเดือน 2.ใช้ป้องกันภาวะกระดูกพรุน 3.ใช้สำหรับรักษาอาการอันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์ลดลง (ภาวะที่ต่อมสืบพันธุ์ไม่เจริญเติบโต) หลังผ่าตัดรังไข่ออก หรือเมื่อรังไข่หยุดทำงาน (Primary ovarian failure)
-stradiol+Dydrogesterone Tab (28's) [Femoston® 1/10] -stradiol+Dydrogesterone Tab (28's) [Femoston Conti®]	เบิกได้ในกรณีต่อไปนี้ 1.ใช้เป็นฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน 2.ใช้ป้องกันภาวะกระดูกพรุน
-Estradiol+Norgestrel Tab (21's) [Cyclo-Progynova®]	เบิกได้ในกรณีต่อไปนี้ 1.ใช้เป็นฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน 2.ใช้ป้องกันภาวะกระดูกพรุน 3.ใช้รักษาอาการอันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์ลดลง (ภาวะที่ต่อมสืบพันธุ์ไม่เจริญเติบโต) หลังผ่าตัดรังไข่ออก หรือเมื่อรังไข่หยุดทำงาน (Primary ovarian failure) 4.ใช้รักษารอบประจำเดือนมาผิดปกติหรือไม่สม่ำเสมอ (Primary or secondary amenorrhea)
Nicotine Chewing Gum 2,4mg (105's) [Nicorette®] -Nicotine Patch 7 mg/24 h (7's) [Nicotinell® TTS 10] -Nicotine Patch 14 mg/24 h (7's) [Nicotinell® TTS 20] -Nicotine Patch 21 mg/24 h (7's) [Nicotinell ®TTS 30]	เบิกได้เมื่อประทับตราคลินิกอดบุหรี่และตรวจจากจิตเวช (เพราะมีการ

ขอแก้ไขข้อความที่ผิดฉบับ เดือนกันยายน 2555
หัวข้อ " ชื่อการค้ายาเก่าที่ควรรู้ "
Hypodine® (Clonidine)
แก้ไขขนาดเป็น 0.15 mg
"ทีมงานขออภัยในความผิดพลาดค่ะและขอขอบพระคุณท่านที่แจ้งให้ทราบด้วยค่ะ"

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล