



การสั่งใช้ยา Triamcinolone acetonide injection

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ทพ., ทพญ.)รศ.ทันตแพทย์.....

เป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี H.N.

ป่วยเป็นโรค.....มีความจำเป็นต้องใช้ยา Triamcinolone acetonide injection ปริมาณ.....มิลลิกรัม โดยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตรงตามเงื่อนไขต่อไปนี้

- ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาเฉพาะที่ หรือรอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่ยากต่อการใช้ยาเฉพาะที่
- มีรอยโรคขนาดใหญ่
- ลดอาการเจ็บปวดบริเวณรอยโรค
- ใช้รักษาตามข้อบ่งชี้ของโรค ยกตัวอย่างเช่น orofacial granulomatosis (OFG) in Crohn's disease, Cheilitis granulomatosa, Cheilitis glandularis (ชนิดไม่พบ dysplastic changes), Oral submucous fibrosis เป็นต้น

ข้าพเจ้าประเมินแล้ว พบว่าโดยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวจริงและสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา
(.....)

FR-PCT-185 Version 0 Effective 15/3/2565 P. 1/1



การสั่งใช้ยา Triamcinolone acetonide injection

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ทพ., ทพญ.)รศ.ทันตแพทย์.....

เป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี H.N.

ป่วยเป็นโรค.....มีความจำเป็นต้องใช้ยา Triamcinolone acetonide injection ปริมาณ.....มิลลิกรัม โดยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตรงตามเงื่อนไขต่อไปนี้

- ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาเฉพาะที่ หรือรอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่ยากต่อการใช้ยาเฉพาะที่
- มีรอยโรคขนาดใหญ่
- ลดอาการเจ็บปวดบริเวณรอยโรค
- ใช้รักษาตามข้อบ่งชี้ของโรค ยกตัวอย่างเช่น orofacial granulomatosis (OFG) in Crohn's disease, Cheilitis granulomatosa, Cheilitis glandularis (ชนิดไม่พบ dysplastic changes), Oral submucous fibrosis เป็นต้น

ข้าพเจ้าประเมินแล้ว พบว่าโดยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวจริงและสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา
(.....)

FR-PCT-186 Version 0 Effective 15/3/2565 P. 1/1