แบบฟอร์มติดตาม
และเฝ้าระวัง ADR จากยา Amiodarone **(150mg/3ml)**

qSOFA	≥ 2 คะแนน รายงานแพทย์
1.GCS < 15 คะแนน	1 คะแนน
2.RR ≥ 22 / min	1 คะแนน
3.SBP ≤ 100 mmHg	1 คะแนน

ข้อบ่งชี้การให้ยา	การเตรียมยา	ADR
1.Ventricular fibrillation2.ventricular tachycardia 3.AF with RVR **NOTE** : กรณี CPR ใช้ 300mg และ 150 mg	*1. Life threatening arrhythmia* 150 mg. dilute D5W 30 ml. IV push 3-5 นาที(ซ้ำได้อีก 150 mg. IV)สูงสุดไม่เกิน 2.1 g/24 hrs *2. Wide complex tachycardia* (stable) 24 ชั่วโมงแรก ให้ยา 1050 mg. โดยให้ตามลำดับ **Rapid phase**เริ่มให้ยา 150 mg/3ml (1 amp.) (ผสม 3 ml. ใน D5W 100 ml) ด้วยอัตราเร็ว 30mg/min ประมาณ 10 นาที **Slow phase**แบ่งให้ยา 360 mg IV drip ใน 6 ชม.ด้วยอัตราเร็ว 1 mg/min (33 ml/hr) **Maintenance phase** 540 mg IV drip ใน 18 ชม. ถัดไป ด้วยอัตราเร็ว 0.5 mg/min (17 ml/hr) **3.เข้าได้เฉพาะใน D5W,** ห้ามผสมในสารละลายที่เป็นด่าง เช่น NaHCO3	1.Hypotension 2.Bradycardia 3.EKG พบ VT, VF, heart block สูตร MAP = $\frac{2DBP+SBP}{3}$

ผู้เตรียม ลงชื่อ .....ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ ..... ผู้ให้ยา .....
( ) ( ) ( )

ประเมินการเกิด ADR		
1. Hypotension O ไม่เกิด O เกิด	2.Bradycardia O ไม่เกิด O เกิด	3..EKG พบ VT, VF ,Heart block O ไม่เกิด O เกิด

ผู้ประเมินผล ลงชื่อ.....
( )

ว/ด/ป เวลา	T (°c)	P/HR /min	R /min	BP (mmHg	MAP	GCS	qSOFA	SOS	Urine	O2sat (%)	DTX (mg%)	IV Fluid	Medication	Clinical sign	ลายมือชื่อ

ชื่อ – สกุล	**อายุ .....ปี**	HN	AN	**แพทย์**

แบบฟอร์ม Observeและเฝ้าระวังADR จากยา Amiodarone (150mg/3ml)

ว/ด/ป เวลา	T (oc)	P/HR /min	R /min	BP (mmHg)	MAP	GCS	qSOFA	SOS	Urine	O2sat (%)	DTX (mg%)	IV Fluid	Medication	Clinical sign	loss of reflex	ลายมือชื่อ
ชื่อ – สกุล									อายุ ....ปี		HN		AN	แพทย์		