



4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่ใช้ ..... กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม

ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ...../...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่ ...../...../.....

**สำหรับผู้อนุมัติ** ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....