

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Raltegravir (RAL) ในหญิงตั้งครรภ์**  
**ข้อบ่งใช้: ใช้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง**  
**ต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก**

(HIV-infected pregnant women who have high risk for Mother-To-Child HIV Transmission (MTCT))

แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยา

วันที่...../...../.....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย**

NAP No. D4-□□□□-□□□□□□

หรือเลขบัตรประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□□-□□-□

วันเดือนปีเกิด ...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม

สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการพยาบาลข้าราชการ

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ได้รับ post-authorization แล้ว Authorization Number.....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา**

**ข้อมูลมารดา**

1. หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. อายุครรภ์ ..... สัปดาห์

3. ประวัติการกินยาต้านไวรัสในการตั้งครรภ์นี้

☐ เคยกินยามาก่อน กรณีนี้นะบวดยา ..... วันที่เริ่มกินยา...../...../.....

☐ ไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน

4. CD4 (ถ้ามี) .....cells/mm<sup>3</sup> วันที่ตรวจ...../...../.....

5. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้าเกณฑ์การใช้ยา Raltegravir เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารก

☐ ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวี ในช่วงตั้งครรภ์นี้ และเริ่มยาต้านไวรัสที่อายุครรภ์มากกว่า  
หรือเท่ากับ 32 สัปดาห์

☐ เคยได้รับยาต้านเอชไอวีในช่วงตั้งครรภ์นี้มาก่อนแต่ระดับไวรัสในพลาสมา (plasma viral load)  
ที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 copies/mL

HIV plasma viral load.....copies/mL วันที่ตรวจ...../...../.....

6. ยาต้านไวรัสสูตรมาตรฐาน 3 ตัวที่จะใช้ร่วมกับ raltegravir (ระบุนะบวดยา)

.....

**ข้อมูลทารก**

(หมายเหตุ: ขึ้นกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์พิจารณานำไปใช้ ไม่ขึ้นกับการอนุมัติการใช้ยา)

7. เลขบัตรประชาชนของทารก □-□□□□-□□□□□□-□□-□ หรือ HN.....

8. ทารกคลอดวันที่... / ... / ... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง  
 ทารกคลอด ☐ มีชีวิต ☐ เสียชีวิต ระบุสาเหตุเสียชีวิต .....
9. อายุครรภ์ตอนคลอด .....สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดของทารก.....กรัม
10. Mode of delivery ☐ ทางช่องคลอด  
☐ ผ่าท้องคลอดฉุกเฉิน (emergency C/S)  
☐ ผ่าท้องคลอดนัดหมายล่วงหน้า (elective emergency C/S)
11. ประวัติ HIV plasma viral load หลังได้รับยา raltegravir เช่น ในวันคลอด (ถ้ามี)  
 วันที่ตรวจ... / ... / ... ปริมาณไวรัสเอชไอวี.....copies/mL

#### ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาด้าน RAL ในแม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....
- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาด้าน RAL ในลูก ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

สรุปผลการติดเชื้อเอชไอวีของทารก ☐ ทารกติดเชื้อเอชไอวี ☐ ทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวี  
☐ ไม่สามารถสรุปได้ ระบุสาเหตุ.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว .....

ว .....