

**คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการใช้ยา จ(2) เพคอินเตอเฟอรอน ไรบาไวริน และ
ยากลุ่ม Direct Acting Antiviral (DAA)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้รับฟังคำอธิบายจาก..... (ชื่อผู้ให้คำแนะนำ)

เรื่อง การขออนุมัติใช้ยาเพคอินเตอเฟอรอน ไรบาไวริน และยากลุ่ม Direct Acting Antiviral (DAA) จาก
หน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนรับการรักษา

1. ความสำคัญของการรักษา

เนื่องจากเป็นยาราคาแพง ระยะเวลาในการรักษายาว มีผลแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่จำเป็นต้องได้รับการ
ดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงผลสำเร็จของการรักษาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้รักษา ผู้ป่วย
จะได้รับประโยชน์ของการรักษาโดยมีโอกาสรักษาหายขาดจากโรคที่เป็น

2. ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามข้อใดข้อหนึ่ง จะเกิดอันตรายหรือทำ
ให้การรักษาไม่ได้ผล ได้แก่

2.1 ข้าพเจ้าจะไม่ปกปิดข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยาเพคอินเตอเฟอรอน ไรบาไวรินและ
ยากลุ่ม DAA มาก่อน

2.2 ข้าพเจ้าจะไม่ขาดการรักษาด้วยยาต่อเนื่องเกิน 4 สัปดาห์

2.3 ข้าพเจ้าจะคุมกำเนิดทั้งผู้รับการรักษาและคู่สมรสตลอดการรักษา รวมทั้งหลังจากหยุด
การรักษาไปแล้วเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

2.4 ข้าพเจ้าจะหยุดการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ก่อนเริ่มการรักษาและ ไม่ดื่ม
แอลกอฮอล์ระหว่างการรักษา

3. ถ้าข้าพเจ้าไม่พร้อมต่อการรักษาข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการรักษานี้เมื่อใดก็ได้ตามที่ข้าพเจ้าปรารถนา
โดยไม่เสียสิทธิอื่น ๆ ใดในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและ
อนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือแห่งอื่นๆ และหากระหว่างรักษาข้าพเจ้ามีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

4. มีข้อมูลแทรกซ้อนในระยะยาวกับการใช้ยากลุ่ม DAA เช่น มะเร็งตับ แต่จากการศึกษาล่าสุด
ในปี 2017 ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ยืนยันชัดเจน

ข้าพเจ้าได้อ่านเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อผู้ป่วย.....
(.....)

ลายมือพิมพ์นิ้วมือผู้ป่วย.....
(.....)

ลายมือชื่อคู่สมรส.....
(.....)

ลายมือพิมพ์นิ้วมือคู่สมรส.....
(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้คำแนะนำ ลายมือพยาน.....
 (.....) (.....)
 ลายมือพยาน.....
 (.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลได้อ่านข้อความในคำแนะนำในการปฏิบัติตนในการใช้ยาให้แก่ข้าพเจ้า
 ฟังจนเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อผู้ป่วย..... ลายมือพิมพ์นิ้วมือผู้ป่วย.....
 (.....) (.....)

ลายมือชื่อคู่สมรส..... ลายมือพิมพ์นิ้วมือคู่สมรส.....
 (.....) (.....)

ลายมือชื่อผู้ให้คำแนะนำ ลายมือพยาน.....
 (.....) (.....)

ลายมือพยาน.....
 (.....)