

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases)
 (กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่ร่วมพยาบาล

		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN		
4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด้านหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> ตัวสัด畸形รักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	3. AN		
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด		
7. อายุ	ปี		
8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล		
10. ได้วัน pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number		
12. น้ำหนักตัว	กิโลกรัม		
13. ส่วนสูง	เซนติเมตร		

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประจักษ์การอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา

ใช่ ไม่ใช่

- | | | |
|--|--|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย PID ชนิด | (ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006) | |
| 3. ข้อมูลประจักษ์การวินิจฉัย | | |
| 3.1 ผู้ป่วยมาด้วยอาการติดเชื้อในระบบ | | |
| 3.1.1 เดย์ไดรับ IVIG มา ก่อน | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| เดย์ไดรับ IVIG ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ | | |
| 3.1.2 ส่งตรวจ IgG trough level | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ผล IgG | มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อวันที่ | |
| 3.1.3 เดย์ไดรับ blood transfusion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| เดย์ไดรับ blood transfusion ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ | | |
| 3.1.4 เป็นการรักษาในกรณี | | |
| <input type="checkbox"/> Emergency (life-threatening) | | |
| <input type="checkbox"/> Regular treatment | | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) | | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต้องกรอกในกรณีที่เป็นการให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรดระบุวันที่ทำการตรวจ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ
3.2.1 Complete blood count (CBC)		
3.2.2 Quantitative serum immunoglobulin (IgG, IgA, IgM and IgE) levels	IgG (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgM (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgA (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgE (IU/mL)	
3.2.3 B-cell, T-cell function		
3.2.4 การตรวจพันธุกรรม		
3.2.5 อื่นๆ (ระบุ)		

4. ขนาดและวิธีการให้ยา

ชื่อการค้าของยา IVIG

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ชั่วโมง
(ขนาดยาที่แนะนำคือ ครั้งละ 400-600 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 2-4 สัปดาห์ จากนั้นปรับระดับให้ IgG trough level มากกว่า 500 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ ให้มากกว่า 800 มิลลิกรัม/เดซิลิตร กรณีที่มี bronchiectasis หรือการติดเชื้อที่รุนแรง)

5. มี Premedication ใช่ ไม่ใช่

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยาที่สั่งใช้
Antihistamine		
Antipyretic		
Corticosteroid		
อื่นๆ (ระบุ)		

อาการไม่พึงประสงค์

ไม่มี ผื่น fie ปวดหัวหรือเรื้อรัง ความดันโลหิตต่ำ

ควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแพ้ยาอย่างใกล้ชิด

สำหรับผู้อนุมัติ กรณีการขออนุมัติเป็นครั้งแรก

1. ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 3.2 นัดการตรวจ CBC, IgG, IgA, IgM และ 4. ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ที่กรณีการได้รับยาต่อเนื่อง

1. ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 และ 4. ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง
และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน

(รายละเอียดการใช้ยาไม่ประดิษฐ์จากอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามที่กฎหมายกำหนด)

เจ้าหน้าที่ร่วมพยาบาล

		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1.	ชื่อ-นามสกุล	2.	HN
4.	ลักษณะการเบิก	<input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม
		<input type="checkbox"/> สิวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____
5.	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด	7. อายุ _____ ปี _____ เดือน
8.	เลขประจำจ้าตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล	
10.	ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number	
12.	น้ำหนักตัว กิโลกรัม	13. ส่วนสูง เซนติเมตร	

ผู้รับ

		ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
วันเดือนปีที่ให้ยา / /			
		ใช่	ไม่ใช่
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pemphigus vulgaris โดยพื้นที่ผิว (body surface area involvement) _____ % มีอาการทางคลินิก ดัง		
3.	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พนักงานได้ขอหนึ่งต่อไปนี้		
3.1	histopathology (ระบุ) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2	direct immunofluorescence study (ระบุ) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3	indirect immunofluorescence study (ระบุ) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4	enzyme link immunosorbent assay (ELISA) for desmoglein 1 และ 3 (ระบุ) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	ประวัติผู้ป่วยก่อนใช้ยา IVIG		
4.1	ได้วันยา steroid ดือ ยา _____ ขนาด _____ มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ตั้งแต่ _____ ถึง _____ (วันเดือนปี)		
4.2	ได้วันยากฎมิคัมกัน ดือ ยา _____ ขนาด _____ มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ตั้งแต่ _____ ถึง _____ (วันเดือนปี)		
4.3	ยาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคนี้ ยา _____ ขนาด _____ มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ตั้งแต่ _____ ถึง _____ (วันเดือนปี)		
4.4	เหตุผลที่หยุดยากฎมิคัมกัน		
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. มากกว่า 30% 3. <input checked="" type="checkbox"/> ใช้ข้อใดข้อหนึ่ง			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร
 ขนาดยา IMG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน
 วันที่ให้ยา / / (วัน/เดือน/ปี)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้จัดใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ / /

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อนี้ใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระwikฤต
(myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เข้ามาที่รพ.พญาไท

เข้ามาที่รพ.พญาไท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN		
4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด้านหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> ล้วนดีการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด	7. อายุ	
8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล		
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number		
12. น้ำหนักตัว	กิโลกรัม	13. ส่วนสูง	เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อุปนิษัทในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พนบฯ เป็นโรคคงความชักบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้
3. ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบ
 - 3.1 ต้องมีการหายใจลำเหลาซึ่งมีสาเหตุจากบังลมหรือกล้ามเนื้อรหท่าห่วงซึ่ครองอ่อนแรง
 - 3.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - A มีหนังตาตก เห็นภาพชัด กว่าปกติ หรือการยกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance)
 - B มีอาการเรียบเนื่องกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซึ่ก (facial palsy, bulbar weakness)
 - C มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness
 - D มี fluctuation of weakness

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2. ใช่ 3.1 ใช่ และ 3.2 ใช่ (ข้อ A, B, C, D อย่างน้อย 1 ข้อ)

3.3 ทดสอบปฏิบัติการหรือประวัติการวินิจฉัย MG

- E มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายแรง (MG)
- F Prostigmine test (ระบุผล)
- G Repetitive nerve stimulation test (ระบุผล)
- H Single-fiber electromyography (SFEMG) (ระบุผล)

สำหรับผู้อนุมัติ E ใช่ หรือ มีผลข้อ F, G หรือ H ข้อใดข้อหนึ่งให้ผลบวก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา MIG หั้งหมดที่ใช้ กรัม
 คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา MIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม
 ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)
 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ / วันที่เริ่มให้ยา วันที่ /

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ /

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease)

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามที่อยู่ในยาหลักแห่งชาติ)

เข็มขันต์ที่รับพัฒนาการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|--|--|---------------|
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | |
| 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด่วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | |
| 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด | 7. อายุ |
| 8. เลขประจำตัวประชาชน | 9. รหัสโรงพยาบาล | |
| 10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ผู้ป่วยเริ่มมีไข้

วันเดือนปีที่ให้ยา

วันเดือนปีที่ร่วนจดยัง

ใช่ ไม่ใช่

- ผู้ป่วยไม่อุ้ยในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)
- วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบร้าเป็นโรคตระดامتข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้
- เป็นการวินิจฉัยลักษณะใด

- ครบตามเกณฑ์
 ไม่ครบตามเกณฑ์ (incomplete Kawasaki disease)

4. ตรวจพนลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้

- | | |
|----|---|
| A | มีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| B1 | เยื่อตาส่วนลูกตา (bulbar) แดงที่ตาทั้งสองข้างโดยไม่มีขี้ตา <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| B2 | มีผื่นผิวน้ำลักษณะหลายรูปแบบ (polymorphous rash) <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| B3 | คล้ำแพดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ โดยมีขนาดใหญ่กว่า 1.5 เซนติเมตร โดยคล้ำแพดเพียงด้านใดด้านหนึ่งของลำคอ <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| B4 | มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและเยื่อบุช่องปาก โดยมี <input type="checkbox"/> ริมฝีปากแดง <input type="checkbox"/> มีรอยแยกที่ริมฝีปาก <input type="checkbox"/> ลิ้นเป็นตุ่มและมีสีแดงคล้ำผิดสตรอเบอร์รี่ <input type="checkbox"/> มีคอกหอยแดงอย่างชัดเจน <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| B5 | มีการเปลี่ยนแปลงของผิวน้ำบริเวณมือและเท้า โดยมี <input type="checkbox"/> ฝ้ามือแดง <input type="checkbox"/> ฝ้าเท้าแดง <input type="checkbox"/> มือน้ำมัน <input type="checkbox"/> เท้าน้ำมัน <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| C | ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

หมายเหตุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่/
ไม่ได้ตรวจ

5. ได้ท้าการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย กรณี incomplete Kawasaki disease

- | | | | |
|----|--|-----------------------|-----------------------|
| D | มีค่า ESR ≥ 40 มิลลิเมตร/ชั่วโมง และ/หรือ CRP ≥ 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E1 | ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E2 | WBC count $\geq 15,000/\mu\text{L}$ ลูกบาศก์มิลลิลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E3 | มีภาวะโอลิเต็จแดง (เมื่อเทียบกับอายุของผู้ป่วย) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E4 | platelet count $\geq 450,000/\mu\text{L}$ ลูกบาศก์มิลลิลิตร (ใช้มากกว่า 7 วัน) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E5 | การตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว $\geq 10/\text{HPF}$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E6 | serum albumin ≤ 3 กรัม/เดซิลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F | ตรวจพนความผิดปกติของ echocardiogram | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IMIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

และเพิ่มอัตราครั้งละเพิ่มๆ ทุก 30 นาที จนได้อัตรา IMIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน

4.8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี complete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 4 ข้อ) C ใช่ และ 6.ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

กรณี incomplete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C ใช่ D ใช่ E ใช่ (อย่างน้อย 3 ข้อ)

และ 6.ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หรือ

A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C ใช่ F ใช่ และ 6.ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. กรณีการขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

2. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องต่อการรักษาด้วย IMIG ในครั้งแรกและ

2.1 ลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังคงเข้าได้กับโรคความดัน

2.2 ยังคงไม่พบสาเหตุอื่นๆ ของไข้

2.3 หลังจากการให้ IMIG dose แรกเสร็จล้วนไปแล้วนานกว่า 36-48 ชั่วโมงผู้ป่วยยังคงมีไข้อยู่

3. การให้ยาครั้งนี้เป็นการให้ยาครั้งที่ (หมายเหตุ พิจารณาให้ IMIG ขั้นเพิ่ม 1 ครั้งเท่านั้น)

การให้ยาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อน ชั่วโมง

4. การให้ยาครั้งก่อนไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการให้ยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน

4.8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

หมายเหตุ

ข้าพเจ้าทราบว่าควรทำ echocardiogram ครั้งที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์ หลังเริ่มป่วย และควรทำ echocardiogram ซ้ำครั้งที่ 2 ภายใน 2 เดือน หลังเริ่มป่วย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ /

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรค idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN
4. ลักษณะการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพบ้านหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> ลักษณะการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด
7. อายุ	ปี
8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล
10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number
12. น้ำหนักเด็ก กิโลกรัม	13. ส่วนสูง
	秤น้ำหนักเด็ก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบร่วมเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อต่อไปนี้
 - A มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ
 - B มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ วันเดือนปีที่ตรวจ
 - (peripheral blood smear และ bone marrow examination)
 - C ไม่มีสาเหตุอื่นๆ ของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น

กรณี absolute indication กรอกรหัส 3, 5 และ 6

กรณี relative indication กรอกรหัส 4, 5 และ 6

3. กรณี absolute indication ผู้ป่วยเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อต่อไปนี้
 - D มีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ระบุจำนวนเกล็ดเลือด
 - วันเดือนปีที่ตรวจ
 - E มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต ระบุตำแหน่งเลือดออกในอวัยวะสำคัญ

<input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
--
 - F ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน เช่น anti-Rho (D) immune globulin, เกล็ดเลือดและ corticosteroid

<input type="radio"/> <input type="radio"/>

 - วันเดือนปีที่เริ่มให้คorticosteroid

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ _____ ไม่ใช่ _____

3. F ระบุชื่อยา _____
 ระบุขนาดยา มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน
 ระบุจำนวนเกล็ดเลือดภายในหลังการให้คอร์ติโคสเตรอยด์ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 วันเดือนปีที่ตรวจ / /

4. กรณี relative indication เป็นการให้ยาในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค acute ITP ที่เป็นต้องได้รับการตัดม้าม

- G มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 H ได้รับ คอร์ติโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin และ แต่ไม่สามารถเพิ่ม
 จำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยาไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

น้ำหนักตัว กิโลกรัม (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน)

เป็นเวลา 2-5 วัน หรือ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ให้ยาช้าครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังให้ยาครั้งแรก)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา ระยะเวลาที่ให้ยา วัน

ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ค่าหักผู้อนุมัติ กรณี absolute indication คือ 1. ใช่ 2. ใช่ทุกช้อน 3. ใช่ทุกช้อน และ 5. ระบุขนาดยาเมื่อไปตามเกณฑ์
 กรณี relative indication คือ 1. ใช่ 2. ใช่ทุกช้อน 4. ใช่ทุกช้อน และ 5. ระบุขนาดยาเมื่อไปตามเกณฑ์

6. ผลการรักษา

- 6.1 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
 (โปรดระบุรายละเอียด)
 6.2 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา
 ระบุจำนวนเกล็ดเลือดหลังให้ยา /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 วันเดือนปีที่ตรวจ (ควรตรวจหลังให้ยา IVIG 3 วัน)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ / /

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตัวแทน

วันที่ / /

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เงื่อนไขที่ใบอนุญาตฯ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | | | |
|--|--------------------------------|---------------|----------|-------------|
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | | | |
| 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด้านหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | 3. AN | | | |
| <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | | | | |
| 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด | 7. อายุ | ปี | เดือน |
| 8. เลขประจำตัวประชาชน | 9. รหัสโรงพยาบาล | | | |
| 10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | | | |
| 12. ชื่อ-นามสกุลของผู้ปกครอง | | | | |

หมายเหตุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา

ใช่ ไม่ใช่

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HLH ต้องมีผลการตรวจร่างกายครบทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ | | |
| 2.1 ไข้ (Fever) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.2 ม้ามโต (Splenomegaly) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines (โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้) | | |
| 2.3.1 Hemoglobin < 9 กรัม/เดซิลิตร (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 กรัม/เดซิลิตร) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.3.2 Absolute neutrophil <1000/ไมโครลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.3.3 Platelet < 100,000/ไมโครลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.4 มีการตรวจ Hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อมน้ำเหลือง | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. นอกจากนี้อาจมีการตรวจพบอื่นๆ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการวินิจฉับโรคเพิ่มเติม ได้แก่ | | |
| 3.1 Fasting triglyceride > 2 มิลลิโกล/ลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.2 Fibrinogen < 1.5 กรัม/ลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.3 Serum ferritin > 500 ไมโครกรัม/ลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.4 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2400 ยูนิต/มิลลิลิตร | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.5 Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2.1 ใช่ 2.2 ใช่ 2.3 อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ใช่ และ 2.4 ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ปริมาณยา IMIG ที่สั่งใช้ในครั้งนี้

น้ำหนักตัวผู้ป่วย กิโลกรัม วันที่เริ่มให้ยา / / (วัน/เดือน/ปี)
 ขนาดยา IMIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน
 (ขนาดยาที่แนะนำ 400 มิลลิกรัมต่อ กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3-5 วัน ขนาดรวม (Total dose) 2 กรัมต่อ กิโลกรัม)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ Guillain–Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง

(รายละเอียดการใช้ยาไปรษณีย์จากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เข็มข่ายสำหรับแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|--|--|---------------|
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | |
| 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | |
| 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด | 7. อายุ |
| 8. เลขประจำตัวประชาชน | 9. รหัสโรงพยายาบาล | |
| 10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)

2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พนฯ เป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้

2.1 ลักษณะทางคลินิก

- | | | |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| A <input type="checkbox"/> มี Weakness of both arms and legs | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| B <input type="checkbox"/> มี Absent or depressed deep tendon reflexes | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| C <input type="checkbox"/> มีอาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| D <input type="checkbox"/> อาการอ่อนแรงมีลักษณะค่อนข้าง symmetry | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| E <input type="checkbox"/> มี Sensory symptoms and signs | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| F <input type="checkbox"/> มี Cranial nerve involvement esp. bilateral facial palsy, LMN type | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| G <input type="checkbox"/> Recovery beginning two to four weeks after progression ceases | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| H <input type="checkbox"/> มี Autonomic dysfunction | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| I <input type="checkbox"/> มี Absence of fever at onset | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| J <input type="checkbox"/> มี Severity of weakness: distal ≥ proximal | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- | | | |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| K <input type="checkbox"/> มีอาการหายใจลำบาก | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| L <input type="checkbox"/> มี severe weakness | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่, 2.1 ข้อ A, B, C, ครบถ้วนข้อความว่า ใช่ และ 2.2 ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่

3. ผลตรวจอหังห้องปอดบิดการที่สำคัญดังนี้

3.1 ผลการตรวจ CSF พน Elevated cerebrospinal fluid protein with <10 cells/ml

(sometimes a rise in protein content is not seen until the end of the second week of illness)

3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พน Slow nerve conduction velocity or conduction block, normal or small compound muscle action potentials, absent or prolonged F-waves, acute denervation or decreased recruitment/interference pattern (The findings depend on timing of electrodiagnostic test)

 สำหรับผู้อนุมัติ 3.1 ใช่ และควรเมื่อ 3.2 ใช่

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIGทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยาของIVIGที่แนะนำ คือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน)

วันที่รับประรับยาในโรงพยาบาล วันที่ / / วันที่เริ่มให้ยา วันที่ / /

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

5. ทำการรักษา Plasma exchange (PE) ร่วมด้วยหรือไม่

สำหรับผู้อนุมัติ ไม่รักษาด้วยยา IVIG ร่วมกับ Plasma exchange

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ / /

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตัวแทน

วันที่ / /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอน
ของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่ร่วมพยาบาล	ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย									
	1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN								
	4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด้านหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	3. AN								
	<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ									
	5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด	7. อายุ	ปี	เดือน					
	8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล								
	10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number								
	12. น้ำหนักตัว	กิโลกรัม	13. ส่วนสูง	เซนติเมตร						

ผู้ป่วย	ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา									
	วันเดือนปีที่ให้ยา									
									
	ใช่ <input type="radio"/>	ไม่ใช่ <input type="radio"/>								
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>						
	2. ไม่เป็นผู้ป่วยเด็ก (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>						
	3. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบร่วมเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ วันเดือนปีที่วินิจฉัย	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>						
	4. ตรวจพนักยานะทางคลินิกดังต่อไปนี้									
	A. มีอาการแสดงของภาวะโลหิตจางและตื้นช้ำ	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>						
	B. ตรวจสมัยรเลือด พนักยานะของ hemolytic anemia โดยมี <input type="checkbox"/> spherocytosis <input type="checkbox"/> polychromasia และ <input type="checkbox"/> nucleated red blood cell วันเดือนปีที่ตรวจ	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>						
C. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นสอดคล้องกับภาวะ hemolytic anemia วันเดือนปีที่ตรวจ	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>							
1) direct Coombs' test ให้ผลบวก	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>							
2) มีการเพิ่มขึ้นของ reticulocyte count ระบุจำนวนนับของ reticulocyte (absolute reticulocyte count) / ลิตร	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>							
3) ตรวจพบ bilirubin ในปัสสาวะ	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>							
D. ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>							

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ _____ ไม่ใช่ _____

5. มีเงื่อนไขการใช้ยาควบคุณด้านตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid

วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroid /

ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ให้ยา

F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะซึ่ด ได้แก่

unstable angina myocardial infarction heart failure stroke

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา / ระยะเวลาที่ให้ยา วัน

ขนาดยา IVIG หั้งหมัดที่ล้างใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

(ขนาดยาที่แนะนำคือ 400-500 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4-5 วัน หรือ 1 กรัม

ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2. ไม่ 3. ใช่ 4. ใช่ทุกข้อ 5. ใช่ทุกข้อ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. ผลการรักษา

ก่อนให้ IVIG Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ /

หลังให้ IVIG 3 วัน Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ /

8. หากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโปรดระบุรายละเอียด

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ /

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ /