

ข้อบ่งชี้ใน invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp.,
Scedosporium (*Pseudallescheria*) spp.

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก อนุมัติยาไม่เกิน 14 วัน (ทั้งชนิดกินและฉีด)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล /...../25.....

ชื่อ..... สกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ.....ปี.....เดือน เลขที่ประจำตัวประชาชน

H code.....HN.....AN.....

สิทธิการเบิก ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ อื่นๆ.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

3. ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง) ☐ ปอด ☐ ไชน์ส ☐ สมอง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

4. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค invasive aspergillosis ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.1 ตรวจพบเชื้อรา แบบ dichotomous branching septate hyphae โดยการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยา
ของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูด
ตำแหน่งที่ติดเชื้อด้วยวิธีการ aseptic technique ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.2 เพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจาก
ตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.3 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด invasive fungal infection ร่วมกับอาการทางคลินิกที่เข้าได้โดยความเห็นของแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.3.1 ภาพ X-ray หรือ CT scan หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive pulmonary aspergillosis
ร่วมกับมีข้อห้ามในการ เจาะ ดูด หรือตัดชิ้นเนื้อ มาตรวจย้อมและเพาะเชื้อ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.3.2 ตรวจพบ septate hyphae หรือเพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่งตรวจที่เก็บด้วยวิธี aseptic
technique ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ระบุสิ่งส่งตรวจ วิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ

4.3.3 ผลตรวจ galactomannan ของเลือด หรือ น้ำ bronchoalveolar lavage ให้ผลบวก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ระบุ สิ่งส่งตรวจ ☐ เลือด ค่าผลการตรวจ galactomannan
☐ น้ำ bronchoalveolar lavage (BAL) ค่าผลการตรวจ galactomannan

5. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp., หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 5.1 ตรวจพบสาหร่าย septate hyphae และมีการทำลายเนื้อเยื่อร่วมด้วยจาก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
การตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อ
- 5.2 ตรวจพบสาหร่ายจากการตรวจย้อมสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการเจาะดูดจากตำแหน่ง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อมีวิธีการ
aseptic technique และเพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp, หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp.
- 5.3 เพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. จากเลือด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6. รูปแบบของยา voriconazole ที่ต้องการใช้ ☐ ชนิด กิน ☐ ชนิด ฉีด
ขนาดยาต่อวันมก.

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

(.....)

ลงชื่อ

ว

(.....)

ว

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Voriconazole

ข้อบ่งใช้ใน invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp.,
Scedosporium (*Pseudallescheria*) spp.

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่ 2, 3, 4 อนุมัติยา 28 วัน และกรณีหยุดการใช้ยา ให้กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล/...../25.....
ชื่อ.....	สกุล.....	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
อายุ.....ปี.....เดือน	เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Hcode.....HN.....		AN.....	
สิทธิการเบิก <input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> กรมบัญชีกลาง <input type="radio"/> อื่นๆ.....			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

- อาการทางคลินิกดีขึ้นและ/หรือรอยโรคในภาพรังสีดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ ตามเป้าหมาย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก/...../25.....
- ลักษณะผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์ในการยุติการใช้ยา voriconazole
☐ ใช่ (เลือกข้อ 2.1-2.7 อย่างน้อยหนึ่งข้อ) ☐ ไม่ใช่
☐ 2.1 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ และครบระยะเวลาการรักษาแล้ว
☐ 2.2 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
☐ 2.2.1 อาการทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือผลเพาะเชื้อในเลือดหรือสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อขึ้นเชื้อต่อเนื่อง
☐ 2.2.2 ทราบว่าเชื้อดื้อต่อยา voriconazole จากผลเพาะเชื้อ
☐ 2.3 ไม่มีผลการตรวจ CT หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive aspergillosis และ ผลการตรวจ galactomannan เป็นลบ
☐ 2.4 สามารถใช้ยาต้านเชื้อราชนิดอื่นในการรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า
☐ 2.5 ไม่ใช่โรคติดเชื้อจาก *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp.
☐ 2.6 มีผลข้างเคียงจากยา voriconazole ระดับ 3-4
ระบุผลข้างเคียง ☐ ผื่นแพ้ยา ☐ ตับอักเสบ
☐ การมองเห็นผิดปกติ ☐ อื่นๆ.....
☐ 2.7 สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
- รูปแบบของยา voriconazole ที่ต้องการใช้ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)
☐ ชนิด กิน ขนาดยาต่อวันมก.
☐ ชนิด ฉีด ขนาดยาต่อวันมก.

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว
.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐อนุมัติ

☐ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว
.....