



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)(กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)
2. ขนาดยาและวิธีการให้ยา(เฉพาะกรณีการรักษาที่สถานพยาบาล)
<p>2.1 ชนิด factor concentrate ที่ต้องการใช้</p> <p><input type="checkbox"/> Factor VIII concentrate<sup>7</sup>    <input type="checkbox"/> Factor IX complex<sup>8</sup>    <input type="checkbox"/> Factor IX concentrate<sup>8</sup></p> <p>2.2 Coagulation factor level ที่ต้องการหลังการให้ loading dose คือ .....%</p> <p>2.3 ปริมาณ factor ที่ต้องการใช้</p> <p>น้ำหนักตัวของผู้ป่วย ..... กิโลกรัม</p> <p>สำหรับ loading dose ..... units</p> <p>สำหรับ maintenance dose .....units</p> <p>จำนวนครั้งที่ต้องการใช้ <input type="checkbox"/> ครั้งเดียว <input type="checkbox"/> จำนวน .....วัน ให้วันละ .....ครั้ง</p> <p>2.4 เป็นการให้การรักษาแบบ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอกและสังเกตอาการ<sup>9</sup> (โปรดระบุจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาในเดือนนี้ ..... ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน<sup>10</sup></p> <p>2.5 การตรวจ coagulation factor inhibitor (โปรดระบุ Bethesda unit)</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจไม่พบ coagulation factor inhibitor</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการตรวจ coagulation factor inhibitor</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\leq 5</math> Bethesda units<sup>11</sup></p> <p><input type="checkbox"/> <math>&gt; 5</math> Bethesda units<sup>12</sup></p>

#### หมายเหตุ

1. กรณีโรครุนแรงมาก และ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 10 ปี จ่าย Factor VIII concentrate ไม่เกิน 2,500 U/เดือนหรือ Factor IX complex หรือ Factor IX concentrate ไม่เกิน 2,000 U/เดือน โดยจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านแบบ home treatment therapy
2. กรณีโรครุนแรงมาก และ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จ่าย Factor VIII concentrate ไม่เกิน 3,000 U/เดือนหรือ Factor IX complex หรือ Factor IX concentrate ไม่เกิน 2,500 U/เดือน โดยจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านแบบ home treatment therapy
3. กรณีโรครุนแรงปานกลาง และ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 10 ปี จ่าย Factor VIII concentrate ไม่เกิน 1,250 U/เดือนหรือ Factor IX complex หรือ Factor IX concentrate ไม่เกิน 1,000 U/เดือน โดยจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านแบบ home treatment therapy
4. กรณีโรครุนแรงมาก และ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จ่าย Factor VIII concentrate ไม่เกิน 1,500 U/เดือนหรือ Factor IX complex หรือ Factor IX concentrate ไม่เกิน 1,500 U/เดือน โดยจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านแบบ home treatment therapy

5. กรณีโรครุนแรงน้อย และ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 10 ปี จ่าย Factor VIII concentrate ไม่เกิน 250 U/เดือนหรือ Factor IX complex หรือ Factor IX concentrate ไม่เกิน 500 U/เดือน โดยจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านแบบ home treatment therapy

6. กรณีโรครุนแรงน้อย และ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จ่าย Factor VIII concentrate ไม่เกิน 500 U/เดือนหรือ Factor IX complex หรือ Factor IX concentrate ไม่เกิน 500 U/เดือน โดยจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านแบบ home treatment therapy

7. Factor VIII 1 unit/kg สามารถเพิ่มระดับ factor VIII ในเลือดได้ 2%

8. Factor IX 1 unit/kg สามารถเพิ่มระดับ factor IX ในเลือดได้ 1%

9. กรณีให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ Factor VIII concentrate, Factor IX complex หรือ factor IX concentrate ไม่เกินครั้งละ 15,000 U และไม่เกิน 2 ครั้งต่อเดือน (สามารถพิจารณาใช้ cryoprecipitate หรือ fresh frozen plasma ร่วมด้วยได้โดย fresh frozen plasma 10 ml/kg สามารถเพิ่มระดับ factor VII 10-15% และ factor IX ได้ 7-10%)

10. กรณีให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน ให้ Factor VIII concentrate, Factor IX complex หรือ factor IX concentrate ไม่เกินครั้งละ 30,000 U โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (สามารถพิจารณาใช้ cryoprecipitate หรือ fresh frozen plasma ร่วมด้วยได้ โดย fresh frozen plasma 10 ml/kg สามารถเพิ่มระดับ factor VIII 10-15% และ factor IX ได้ 7-10%)

11. กรณีที่ตรวจพบ coagulation factor inhibitor ไม่เกิน 5 BU สามารถให้ยาในขนาดที่สูงกว่าขนาดแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มี coagulation factor inhibitor (ดูตารางที่ 1 ในแนวทางกำกับการใช้ยา coagulation factors (factor VIII concentrate และ factor IX concentrate) สำหรับโรคฮีโมฟีเลีย)

12. กรณีที่ตรวจพบ coagulation factor inhibitor มากกว่า 5 BU ให้แพทย์ทางโลหิตวิทยาสามารถกำหนดขนาด และ จำนวนครั้งของการให้ factor concentrate ได้ตามลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย(ดูตารางที่ 1 ในแนวทางกำกับการใช้ยา coagulation factors (factor VIII concentrate, Factor IX complex และ factor IX concentrate) สำหรับโรคฮีโมฟีเลีย)

### แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....

### สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....