

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Liposomal amphotericin B
ข้อบ่งใช้ โรค invasive fungal infection ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา conventional Amphotericin
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN	
	4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	3. AN	
	<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <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"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number	
	12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง (เฉพาะผู้ป่วยเด็ก) ความสัมพันธ์		

แพทย์		ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา
แพทย์	ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก	วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....
		ใช่ ไม่ใช่
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ลักษณะที่วินิจฉัย <input type="checkbox"/> แน่นนอน (definite) <input type="checkbox"/> เป็นไปได้ (probable) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
	เชื้อที่เป็นสาเหตุ	
	ตำแหน่งที่ติดเชื้อ	
	วินิจฉัยจาก	
	เป้าหมายในการรักษานานกี่สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 8 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 12 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
	3. ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ conventional Amphotericin B ด้วยเกณฑ์อย่างน้อยหนึ่งข้อดังต่อไปนี้	
	3.1 serum creatinine สูงขึ้น	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	โปรดระบุผลการตรวจ serum creatinine	
ก่อนให้ยา conventional Amphotericin B วันที่/...../..... Cr = มิลลิกรัม/เดซิลิตร		
หลังให้ยา conventional Amphotericin B วันที่/...../..... Cr = มิลลิกรัม/เดซิลิตร		
3.2 มีผลข้างเคียงที่ไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
โปรดระบุผลข้างเคียงดังกล่าว		
3.3 ก่อนการรักษาได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไตทำงานบกพร่องอยู่เดิม	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
โดยค่า serum creatinine > หรือ ≥ 3.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร		
4. ขนาดยา liposomal amphotericin B ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว		
1 กิโลกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำคือ 3-5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน)		
ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 50 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด/วัน ชนิด 100 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด/วัน		
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หมายเหตุ : อนุมัติให้เบิกใช้ยาได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน		

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

การใช้ยาคครั้งนี้เป็นครั้งที่

ใช่ ไม่ใช่

- | | |
|---|---|
| <p>1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)</p> <p>2. ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ liposomal amphotericin B ต่อไป ตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 ระยะเวลาในการรักษายังไม่ครบสมบูรณ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ในข้อ ก. 2</p> <p>2.2 ยังไม่สามารถให้ยาทางปากแก่ผู้ป่วยได้</p> <p>2.3 ผลเพาะเชื้อไม่มียาอื่นที่ให้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่าแต่ราคาถูกกว่าให้ใช้ทดแทน</p> <p>2.4 ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาด้วย liposomal amphotericin B</p> <p>3. ขนาดยา liposomal amphotericin B ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำคือ 3-5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน)</p> <p>ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 50 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด/วัน ชนิด 100 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด/วัน</p> | <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> |
|---|---|

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ทุกข้อ และ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
หมายเหตุ : อนุมัติให้เบิกใช้ยาได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....