

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (DUE) โรงพยาบาลเลิดสิน

ยา Entecavir (Baraclude®) 0.5 มก. ในการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง บัญชียาหลัก ง

กรอกแบบประเมินครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... HN วันที่.....

สิทธิผู้ป่วย ☐ ชำระเอง ☐ เบิกกรมบัญชีกลาง ☐ ประกันสังคม ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เงื่อนไขการใช้ยาตามบัญชียาหลัก ข้อใดข้อหนึ่ง

☐ 1. ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังที่ติดต่อยา lamivudine (หมายถึง หลังการให้ยา lamivudine ไปแล้ว 6 เดือน ยังคงตรวจพบไวรัสมากกว่า 200 IU/ml หรือยังตรวจพบไวรัสหลังการรักษา 12 เดือน) กรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

☐ 1.1 ผู้ป่วยติดต่อยา lamivudine และกำลังได้รับยา tenofovir อยู่ แล้วเกิดมีค่าการทำงานของไตบกพร่อง

☐ 1.2 ผู้ป่วยติดต่อยา lamivudine และมีค่าการทำงานของไตบกพร่องอยู่ก่อนแล้ว

ระบุค่าการทำงานของไตบกพร่องตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง

☐ Serum creatinine ≥ 1.5 mg/dl ระบุผล.....mg/dl (วันที่ตรวจ...../...../.....)

☐ eGFR ≤ 50 ml/min ระบุผล.....ml/min (วันที่ตรวจ...../...../.....)

☐ มีภาวะ proximal tubular dysfunction ร่วมกับความผิดปกติดังนี้ hypokalemia หรือ hypophosphatemia หรือ glucosuria (ที่ไม่ได้เกิดจาก hyperglycemia) หรือ proteinuria ≥ 1 g/day

☐ 2. ผู้ป่วยติดเชื้อ HBV ที่ตรวจพบ advance hepatic fibrosis และมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

☐ 2.1 Transient elastography ≥ 12 kPa ระบุผล kPa (วันที่ตรวจ...../...../.....)

☐ 2.2 Liver biopsy มี Metavir $\geq F3$ ระบุผล Metavir F stage (วันที่ตรวจ...../...../.....)

☐ 3. มี HBV DNA ก่อนการรักษา $\geq 8 \log_{10}$ copies/ml ระบุผล \log_{10} copies/ml (วันที่ตรวจ...../...../.....)

➤ ข้อควรระวังของการใช้ยา

Yes No

1. ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 16 ปี (ยังไม่มีหลักฐานยืนยันความปลอดภัยและประสิทธิผลของยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้) ☐ ☐

2. ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วย HAART (อาจก่อให้เกิดการดื้อยาด้านไวรัส HIV ตามมาได้) ☐ ☐

กรณีมีข้อควรระวังของการใช้ยา โปรดระบุเหตุผลของการสั่งใช้.....

➤ ขนาดยาที่ใช้ในผู้ป่วยรายนี้ Entecavir (Baraclude) 0.5 mg

Creatinine Clearance	ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยากลุ่ม nucleoside analog มาก่อน	ผู้ป่วยที่ติดต่อยา lamivudine หรือ มีโรคตับระยะ decompensated
≥ 50 ml/min	<input type="checkbox"/> (0.5) 1 x 1	<input type="checkbox"/> (0.5) 2 x 1
30 – < 50 ml/min	<input type="checkbox"/> (0.5) 1 เม็ด วันเว้นวัน	<input type="checkbox"/> (0.5) 1 x 1
10 – < 30 ml/min	<input type="checkbox"/> (0.5) 1 เม็ด ทุก 72 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> (0.5) 1 เม็ด วันเว้นวัน หรือ <input type="checkbox"/> (0.5) 2 เม็ด ทุก 72 ชั่วโมง
< 10 ml/min, CAPD, Hemodialysis* (*รับประทานยาหลัง Hemodialysis)	<input type="checkbox"/> (0.5) 1 เม็ด ทุก 5-7 วัน	<input type="checkbox"/> (0.5) 1 เม็ด ทุก 72 ชั่วโมง หรือ <input type="checkbox"/> (0.5) 2 เม็ด ทุก 5-7 วัน

..... เข้าเงื่อนไขบัญชียาหลัก

..... ไม่เข้าเงื่อนไข (ต้องชำระเงินเอง) แต่จำเป็นต้องใช้เนื่องจาก.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา..... (Staff เท่านั้น) เลข ว..... วันที่...../...../.....