

**ร่างแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Thyrotropin alfa**  
**ข้อบ่งใช้ well differentiated thyroid cancer**

	<b>ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์</b>
<b>แพทย์</b>	<p>1. ชื่อสถานพยาบาล.....</p> <p>2. เป็นสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุมัติและลงทะเบียนไว้แล้วกับหน่วยงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>3. เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรคโดยการให้เภสัชรังสีเพื่อทำ radio ablation <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>4. ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....</p> <p style="text-align: center;">ในประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....</p> <p>5. เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตร</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> สาขาเวชศาสตร์นิวเคลียร์ หรือ</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> สาขาอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม</p> <p>ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ที่ได้รับการอนุมัติในข้อ 2 และได้ลงทะเบียนไว้กับหน่วยงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)</p>
	<b>ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วย</b>
<b>เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล</b>	<p>1. ชื่อ-สกุล..... 2. HN.....</p> <p>4. ลิขสิทธิ์เบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม 3. AN.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง 6. วันเดือนปีเกิด ...../...../..... 7. อายุ.....ปี.....เดือน</p> <p>8. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>9. รหัสโรงพยาบาล.....</p> <p>10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ 11. Authorization number.....</p> <p>12. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม 13. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร</p> <p>14. พื้นที่ผิวร่างกาย ..... ตารางเมตร</p> <p>15. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง..... (เฉพาะผู้ป่วยเด็ก)</p> <p>ความสัมพันธ์.....</p>

		ส่วนที่ 3 ข้อมูลประกอบอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก		วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....	
แพทย์		ใช่	ไม่ใช่
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. การให้ยา Thyrotropin alfa ครั้งนี้เป็นการใช้ยาครั้งที่ .....		
	หมายเหตุ      ทำการประเมินภายใน 6 - 12 เดือนแล้วพบว่ามี thyroid remnant เหลืออยู่ สามารถให้ยาซ้ำได้ไม่เกิน 1 ครั้ง		
	3. ผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์กำหนดดังต่อไปนี้ ครบทุกข้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	อนุมัติการใช้ยา thyrotropin alfa เพื่อเพิ่มระดับ TSH ในเลือดก่อนการรักษาโดยการทำลายเนื้อต่อมไทรอยด์ หลังผ่าตัด (thyroid remnant ablation) ด้วย I-131 ในโรค well differentiated thyroid cancer โดยมีเกณฑ์ดังนี้		
	3.1 ได้รับการวินิจฉัยแน่นอนว่าเป็น well differentiated thyroid cancer โดยการตรวจทางพยาธิวิทยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.2 ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกแล้วอย่างน้อยแบบ near total thyroidectomy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.3 มีลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อในข้อต่อไปนี้		
	3.3.1 มีภาวะที่ต่อมพิทูอิทารีไม่สามารถหลั่ง TSH ให้มี ระดับในเลือดสูงกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตรได้ โดยทำการวัดระดับ TSH ในเลือดเมื่อได้มีการหยุดยาไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชตามมาตรฐานทางการแพทย์โดยจิตแพทย์และได้รับ การรักษาด้วยยาทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ซึ่งอาการอาจจะกำเริบหากอยู่ในภาวะ Hypothyroidism ในประวัติอดีตของผู้ป่วยโดยมีลายลักษณ์อักษรยืนยัน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.3.3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ที่มีประวัติว่าเมื่ออยู่ในสภาวะ hypothyroidism แล้วเกิดความผิดปกติ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ 1. มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และ ejection fraction < 50% หรือ ejection fraction ลดลง 10% หรือ 2. ความดันโลหิต ต่ำผิดปกติ (เช่น Systolic blood pressure < 90 mmHg ร่วมกับมีอาการและอาการแสดง ของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆไม่เพียงพอ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นต้น หรือ 3. ระดับอิเล็กโทรไลต์ ผิดปกติ (เช่น Hyponatremia คือ serum Na < 125 mmol/L, Hyperkalaemia คือ serum K+ > 5 mmol/L)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.3.4 ผู้ป่วยที่มีอาการหรืออาการแสดงจากภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ในระดับรุนแรง (Zulewski score มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน) ระหว่างที่รักษาด้วย I-131 และผลการตรวจวัดระดับ TSH ในเลือดน้อยกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.3.5 ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 18 ปีที่มีโรคกระดูกพรุนหรือ กระดูกอ่อนกอนต่อมไทรอยด์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. ปริมาณยา Thyrotropin alfa ทั้งหมด ที่ใช้ ..... มิลลิลิตร (ขนาดยาที่แนะนำ คือ หลังจากละลาย thyrotropin alfa ด้วยน้ำกลั่น 1.2 มิลลิลิตร จะได้ thyrotropin alfa 0.9 มิลลิกรัม/1 มิลลิลิตร ฉีดสารละลายที่ผสม 1 มิลลิลิตร (Thyrotropin alfa 0.9 มิลลิกรัม) เข้างล้ามเนื้อบริเวณสะโพก 2 ครั้ง ห่างกัน 24 ชม.)			
สำหรับผู้อนุมัติ	1. <input checked="" type="radio"/> ใช่		
	2. การขออนุมัติเมื่อทำการประเมินภายใน 6 - 12 เดือนแล้วพบว่ามี thyroid remnant เหลืออยู่ สามารถให้ยาซ้ำได้ไม่เกิน 1 ครั้ง		
	3. <input checked="" type="radio"/> ใช่		
	4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์		

		ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)	
แพทย์	ข. เกณฑ์การหยุดใช้ยา		วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../..... การใช้ยารั้งนี้เป็นครั้งที่.....
	ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดใช้ยาในกรณีต่อไปนี้		ใช่      ไม่ใช่
	1. เกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่แพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วเห็นว่าเกิดผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น หิวใจ เหน็ดเหนื่อย หายใจลำบาก ภาวะ hypersensitivity เป็นต้น		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>สำหรับผู้อนุมัติ</b> <b>เกณฑ์การหยุดใช้ยา:</b> 1. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่แพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วเห็นว่าเกิดผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ ☒ ใช่			

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....