

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin**  
**ข้อบ่งใช้ โรคคอบิด (cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)**  
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 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 .....<br>.....<br>.....  | 9. รหัสโรงพยาบาล .....              |
| 10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่         | 11. authorization number .....      |

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา**

**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"/> |
| 3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรดระบุรายละเอียดการรักษา)<br>.....                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ขนาดยาที่ใช้ <input type="checkbox"/> Botox <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 50-150 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 250-500 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา)              |                       |                       |

**สำหรับผู้อนุมัติ** 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 4. ☒ ใช่ และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

**ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่สอง**

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

- |   | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. การรักษารั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน<br>วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก ...../...../.....                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ระบุผลการรักษาครั้งก่อน ความรุนแรงของอาการบิดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณคอดีขึ้น .....%<br>และอาการปวดลดลง .....%                 |                       |                       |
| 4. ขนาดยาที่ใช้ <input type="checkbox"/> Botox <sup>®</sup> ..... ยูนิต <input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> ..... ยูนิต |                       |                       |
| ขนาดยาสะสม <input type="checkbox"/> Botox <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ไม่เกิน 300 ยูนิต/ปี)   |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ไม่เกิน 1,000 ยูนิต/ปี)  |                       |                       |

**สำหรับผู้อนุมัติ** 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

แพทย์

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ค. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สาม

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

การใช้ยาค้างนี้เป็นครั้งที่ .....

แพทย์

- |   | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาซึ่งสมควรให้ยาต่อไป  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อนนานกว่า 3 เดือน  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วันเดือนปีที่ให้ยาค้างก่อน ...../...../.....  |                       |                       |
| 4. ขนาดยาที่ใช้ <input type="checkbox"/> Botox <sup>®</sup> ..... ยูนิต <input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> ..... ยูนิต |                       |                       |
| ขนาดยาสะสม <input type="checkbox"/> Botox <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ไม่เกิน 300 ยูนิต/ปี)   |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ไม่เกิน 1,000 ยูนิต/ปี)  |                       |                       |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....  
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา  
 (.....)

.....  
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ  
 วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....





1. ชื่อ-นามสกุล ..... 2. HN .....

4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม 3. AN .....

☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ .....

5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 6. วันเดือนปีเกิด ...../...../..... 7. อายุ ..... ปี ..... เดือน

8. เลขประจำตัวประชาชน ..... 9. รหัสโรงพยาบาล .....

10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 11. authorization number .....

วันเดือนปีที่ให้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก ...../...../.....		
3. ระบุผลการรักษา (peak improvement ที่ 6 สัปดาห์) ความรุนแรงของอาการกระตุกที่ใบหน้าดีขึ้น .....%		
4. ขนาดยาที่ใช้ <input type="checkbox"/> Botox <sup>®</sup> ..... ยูนิต <input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> ..... ยูนิต		
ขนาดยาสะสม <input type="checkbox"/> Botox <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ไม่เกิน 100 ยูนิต/ปี)		
<input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> ..... ยูนิต (ไม่เกิน 400 ยูนิต/ปี)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ค. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สาม

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

การใช้ยาค้างนี้เป็นครั้งที่ .....

ใช่                      ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

☐                      ☐

2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาซึ่งสมควรให้ยาต่อไป

☐                      ☐

วันเดือนปีที่ให้ยาค้างก่อน ...../...../.....

3. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อนนานกว่า 3 เดือน

☐                      ☐

4. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox<sup>®</sup> ..... หน่วย ☐ Dysport<sup>®</sup> ..... หน่วย

ขนาดยาสะสม ☐ Botox<sup>®</sup> ..... หน่วย (ไม่เกิน 100 หน่วย/ปี)

☐ Dysport<sup>®</sup> ..... หน่วย (ไม่เกิน 400 หน่วย/ปี)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....