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



(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

| | ส่วนที่ 1 ±ั | อห็ ยผู้ ฦุวถ | | | | |
|-------------------|---|----------------------|-------------------|--|--|--|
| | 1. ชื่อ-นามสกุล | | ***************** | | | |
| E HILLE | 4. สิทธิการเบิก พลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม 3. AN สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ อื่นๆ ระบุ | | | | | |
| ลกนานพระโทกันกริง | 5. เพศ ขาย ทญิง 6. วันเดือนปีเกิด/ | <u>1</u> | เดือน | | | |
| | ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติแ | here. | | | | |
| | ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก วันเดือนปีที่ให้ยา | ી કો | ไม่ใช่ | | | |
| | 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | | (*) | | | |
| | 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ | | Ö | | | |
| LINNE | 3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรตระบุรายละเอียตการรักษา) | Ŏ | Ŏ | | | |
| 9 | 4. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป | 0 | 0 | | | |
| | 5. ขนาดยาที่ใช้ Botox [©] ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 50-150 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) Dysport [©] ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 250-500 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) | | | | | |
| | ต่าหรับผู้อนุมัติ 1. ⊗ ใช่ 2. ⊗ ใช่ 3. ⊗ ใช่ 4. ⊗ ใช่ และ 5. <u>ระบุ</u> ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ | 115 1) | | | | |
| | ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่สอง วันเดือนปีที่ให้ยา | | | | | |
| | | ใช่ | ોશીન | | | |
| | 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | | 0 | | | |
| | 2. การรักษาครั้งนี้ท่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน | | \bigcirc | | | |
| | วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก | | | | | |
| umma, | 3. ระบุผลการรักษาครั้งก่อน ความรุนแรงของอาการบิดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณคอดีขึ้น% | | | | | |
| 3 | และอาการปวดลดลง% | | | | | |
| | 4. ขนาดยาที่ใช้ Botox [©] ยูนิต Dysport [©] ยูนิต | | | | | |
| | ขนาดยาสะสม Botox [©] ยูนิต (ไม่เกิน 300 ยูนิต/ปี) | | | | | |
| | Dysport [©] ยูนิต (ไม่เกิน 1,000 ยูนิต/ปี) | | | | | |
| | สำหรับผู้อนุมัติ 1. 🔗 ใช่ 2. 🔗 ใช่ และ 4. <u>ระบุ</u> ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ | | | | | |

| | | ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอา | บการอนุมัติและข้อมูลการใ | ษัยา (ค่อ) | |
|-------|--|---------------------------------------|------------------------------|---|--|
| | ค. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สาม | วันเดือนปีที่ให้ยา//// | | | |
| | | การเ | ฮียาครงน์เป็นครั้งที่ ใช่ | ไม่ใช่ | |
| | 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการ 2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาซึ่งสมควรให้ยา | | 0 | (NIA | |
| umme, | ผูบวยยงคงตยบลนยงตยการรกษาเรงผมควรเทยา ส. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อนนานกว่า 3 เดือน วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งก่อน | ı | Ö | O | |
| | | ท Dysport [©] ยูน์ | lø | | |
| | Dysport [©] ยูนิ | ต (ไม่เกิน 1,000 ยูนิต/ปี) | | *************************************** | |
| | สำหรับผู้อนุมัติ 1. ⊘ ใช่ 2. ⊘ ใช่ 3. ⊘ ใช่ แ | เละ 4. <u>วะบุ</u> ธนาดยาเบนเบตามเกณฑ | | | |
| ขอ | รับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ | ผลการอนุมัติ อนุมัติ | | | |
| | ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา | ไม่อนุมัติ | | | |
| | () | ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ(| | | |
| *** | เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ | | าน่ง | | |
| | วันที่ | | วันที่/ | /cx+.c++v++v+.r | |

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin ข้อบ่งใช้ โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)

(รายละเอียคการใช้ยาโปรตอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

| | ส่วนที่ 1 ช้อมูลผู้ป่วย | |
|--|----------------------------------|---|
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | ,0,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, |
| 4. สิทธิการเบิก | 3. AN | |
| 5. เพศ ชาย ทญิง 6. วันเดือนปีเกิด | 7 . อายุ ปี สโรงพยาบาล | |
| 10. ได้รับ pre-authorization แล้ว 🗌 ใช่ 🔲 ไม่ใช่ 11. authorizat | tion number | *************************************** |
| ส่วนที่ 2 ช้อมูลบ | ระกอบการอนุมัติและข้อมูลก | าสโด้ยา |
| ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก วั | นเดือนปีที่ให้ยา/ | ไม่ใช่ |
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | | |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ | Ō | Ō |
| 3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรดระบุรายละเอียดการรักษา) | | |
| 4. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป | | |
| 5. ขนาดยาที่ใช้ Botox [©] ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 15-30 ยูนิต | ต่อ 1 ครั้งการรักษา) | |
| ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 60-120 ยูนิเ | ต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) | |
| สำหรับผู้อนุมัติ 1. 🧭 ใช่ 2. 🤡 ใช่ 3. 🤡 ใช่ 4. 🧭 ใช่ และ 5. <u>ระบ</u> ุขนาดยาเป็นไป | ปตามเกณฑ์ | |
| | | |
| กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่สอง | ันเดือนปีที่ให้ยา// ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | | |
| 2. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน | O | O |
| วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก/ | | |
| 3. ระบุผลการรักษา (peak improvement ที่ 6 สัปดาห์) ความรุนแรงของอาการก | ระตุกที่ใบหน้าดีขึ้น | % |
| 4. ขนาดยาที่ใช้ Botox [©] ยูนิต Dysport [©] | . ยูนิต | |
| ขนาดยาสะสม 🔲 Botox [©] ยูนิต (ไม่เกิน 100 ยูนิต/ปี) | | |
| Dysport [©] ยูนิต (ไม่เกิน 400 ยูนิต/ปี) | | |
| สำหรับผู้อนุมัติ 1. ❤ ใช่ 2. ❤ ใช่ และ 4. <u>ระบ</u> ุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ | | |
| | | |

| | | ส่วนที่ 2 ข้อมูลว | ประกอบการอนุมัติและ | สือผูลการให | อัยา (ค่อ) |
|------|---|--|--|----------------------------------|--------------------------|
| | กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สาม | วันเดือนปีที่ให้ยา/ | | | |
| | | | | રિયં | ไม่ใช่ |
| | 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการ | ใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally il | II) | | |
| димп | 2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาซึ่งสมควรให้ยา | ต่อไป | | | |
| | วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งก่อน// | **** | | | |
| | 3. การรักษาครั้งนี้ท่างจากครั้งก่อนนานกว่า 3 เดือน | 1 | | \bigcirc | |
| | 4, ขนาดยาที่ใช้ Botox [©] ยูนิเ | 9 Dysport [©] | ยูนิต | | |
| | ขนาดยาสะสม 🔲 Botox [©] ยูนิเ | ด (ไม่เกิน 100 ยูนิต/ปี) | | | |
| | Dysport [©] ខូជិ | ด (ไม่เกิน 400 ยูนิต/ปี) | | | |
| | สำหรับผู้อนุมัติ 1. 🏈 ใช่ 2. 🔗 ใช่ 3. 🤡 ใช่ แ | ละ 4. <u>ระบุ</u> ขนาดยาเป็นไปตามแ | าณทั | | |
| ขอ | รับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ | ผลการอนุมัติ | and the second s | | |
| | | อนุมัติ | | | |
| | ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา | ไม่อนุมัติ | | | |
| | () | ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ | ************************************* | ****** | ************* |
| | | The March Control of Ma | (| |) |
| *** | เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ | The second secon | ด้าแทน่ง | • «жеқығы «Һо «қендай» «Һо «жехи | (cds.e30300 xe.u300xe.u3 |
| | วันที่/ | The second secon | วันที่/ | J | |