

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Darunavir (DRV), Raltegravir (RAL) และ Dolutegravir (DTG) รพ.ศรีนครินทร์
ข้อบ่งใช้ ใช้เป็นยาในสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีลำดับที่ 3 (third-line antiretroviral regimen)
ในกรณีผู้ป่วยมีเชื้อเอชไอวีดื้อยา
(รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

แบบฟอร์มการติดตามผล ปีละ 1 ครั้ง และกรณีหยุดยา วันที่/...../25.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□
เพศ □ ชาย □ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
H code HN
สิทธิการรักษา ○ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ประกันสังคม ○ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
○ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก

1. ประวัติการรับยาของผู้ป่วย

- 1.1 ผู้ป่วยยังได้รับยา darunavir ร่วมกับ raltegravir อยู่ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
หรือ darunavir ร่วมกับ dolutegravir อยู่
- 1.2 ผู้ป่วยยังได้รับยา darunavir ร่วมกับ raltegravir ร่วมกับ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
lopinavir/ritonavir หรือ atazanavir/ritonavir

2. การประเมินผลการรักษา

2.1 ยาต้านไวรัส ที่ได้รับอยู่ (ระบุชื่อยา)

□..... □..... □..... □.....

2.2 มีผลการตรวจ viral load ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

□ ครั้งที่ 1 วันที่/...../25..... = copies/ml

□ ครั้งที่ 2 วันที่/...../25..... = copies/ml

หมายเหตุ ในกรณีที่ผลการตรวจ viral load ครั้งที่ 1 พบ ปริมาณไวรัสเกิน 1,000 copies/ml และ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานยาใหม่ แต่หากดำเนินการตามข้างต้นแล้วยังพบปริมาณไวรัสเกิน 1,000 copies/ml อีก ให้รอดตรวจ viral load ซ้ำที่ระยะเวลา 3 เดือน และต้องประเมินการเกิดเชื้อดื้อยา ตามที่หน่วยงานสิทธิประโยชน์กำหนด

2.3 ประวัติ adherence ที่ผ่านมาในรอบ 1 ปี ○ มีข้อมูล =.....% ○ ไม่มีข้อมูล

เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาได้อย่างต่อเนื่องตามแนวทางกำกับการใช้ยาในข้อ 7.3

2.4 ขนาดยา darunavir ที่ได้รับประทานครั้งละมก. วันละ.....ครั้ง

2.5 ขนาดยา rotonavir ที่ได้รับประทานครั้งละมก. วันละ.....ครั้ง

2.6 ขนาดยา raltegravir ที่ได้รับประทานครั้งละมก. วันละ.....ครั้ง หรือ

ขนาดยา dolutegravir ที่ได้รับประทานครั้งละมก. วันละ.....ครั้ง

2.7 ยาประจำอื่นๆ ที่กำลังได้รับอยู่ (ระบุชื่อยา)

□..... □..... □..... □.....

3. การประเมินผลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยา darunavir และ/หรือ raltegravir หรือ dolutegravir ต่อเนื่อง

3.1 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3.2 ผู้ป่วยมีระดับแข็งระยะกลางและระยะปลาย (Child Pugh class B, C) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3.3 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้

3.3.1 ยา darunavir ☐ ใช่ ระบุ..... ☐ ไม่ใช่

3.3.2 ยา raltegravir ☐ ใช่ ระบุ..... ☐ ไม่ใช่

3.3.3 ยา dolutegravir ☐ ใช่ ระบุ..... ☐ ไม่ใช่

3.4 มีรายงานผลการตรวจเชื้อดื้อยาประกอบการติดตามผลการรักษา

☐ ไม่มี

☐ มี ได้แก่ darunavir ☐ ดื้อยา ☐ ไม่ดื้อยา

raltegravir ☐ ดื้อยา ☐ ไม่ดื้อยา

dolutegravir ☐ ดื้อยา ☐ ไม่ดื้อยา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว