

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease)

(กรอกเอกสารหากครั้งที่มีการสั่งไข้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | |
| 4. ลักษณะการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | 3. AN | |
| 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด / / | 7. อายุ ปี เดือน |
| 8. เลขประจำตัวประชาชน  | 9. รหัสโรงพยาบาล | |
| 10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีของอนุมติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

วันเดือนปีที่ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ _____ / _____ / _____

ວັນເດືອນປີທີ່ຈະນິຈ້າຍ / /

| | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบร่วมเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. เป็นการวินิจฉัยลักษณะใด | | |
| <input type="checkbox"/> ครบตามเกณฑ์ | | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ครบตามเกณฑ์ (incomplete Kawasaki disease) | | |
| 4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ | | |
| A มีรีตติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B1 เยื่อตาส่วนถูกตา (bulbar) แดงทึบหัวส่องข้างโดยไม่มีริ้วตา | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B2 มีผื่นผิวนองลักษณะหลายรูปแบบ (polymorphous rash) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B3 คล้ำพบร้อนน้ำเหลืองบริเวณลำคอ โดยมีขนาดใหญ่กว่า 1.5 เซนติเมตร โดยคล้ำพบเพียงด้านใดด้านหนึ่งของลำคอ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B4 มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและเยื่อบุช่องปาก โดยมี | | |
| <input type="checkbox"/> ริมฝีปากแดง <input type="checkbox"/> มีรอยแยกที่ริมฝีปาก | | |
| <input type="checkbox"/> ลิ้นเป็นตุ่มและมีสีแดงคล้ายผลสตรอเบอร์รี่ <input type="checkbox"/> มีคอหอยแดงอย่างชัดเจน | | |
| B5 มีการเปลี่ยนแปลงของผิวนองบริเวณมือและเท้า โดยมี | | |
| <input type="checkbox"/> ฝ่ามือแดง <input type="checkbox"/> ฝ่าเท้าแดง | | |
| <input type="checkbox"/> มือน้ำมัน <input type="checkbox"/> เท้าบวม | | |
| C ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการขออนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่/
ไม่ได้ตรวจ

5. ได้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย กรณี incomplete Kawasaki disease

- D มีค่า ESR ≥ 40 มิลลิเมตร/ชั่วโมง และ/หรือ CRP ≥ 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- E1 ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ
- E2 WBC count $\geq 15,000/\mu\text{g}/\text{ml}$ มิลลิเมตร
- E3 มีภาวะโลหิตจาง (เมื่อเทียบกับอายุของผู้ป่วย)
- E4 platelet count $\geq 450,000/\mu\text{g}/\text{ml}$ มิลลิเมตร (ใช้มากกว่า 7 วัน)
- E5 การตรวจปัสสาวะพิมพ์เลือดขาว $\geq 10/\text{HPF}$
- E6 serum albumin ≤ 3 กรัม/เดซิลิตร
- F ตรวจพบความผิดปกติของ echocardiogram

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครึ่งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และเพิ่มอัตราครึ่งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน

4.8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

สำหรับผู้ขออนุมัติ กรณี complete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 4 ข้อ) C ใช่ และ 6.จะบูรณาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

กรณี incomplete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C ใช่ D ใช่ E ใช่ (อย่างน้อย 3 ข้อ)

และ 6.จะบูรณาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หรือ

A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C ใช่ F ใช่ และ 6.จะบูรณาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. การณาการขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา / /

- | | ใช่ <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
|---|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. เป็นผู้ป่วยโรค cardiovascular ระยะเฉียบพลันที่ดื้อต่อการรักษาด้วย IVIG ในครั้งแรกและ | | |
| 2.1 ลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังคงเข้าได้กับโรค心血管 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.2 ยังตรวจไม่พบสาเหตุอื่นๆ ของไข้ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.3 หลังจากการให้ IVIG dose แรกเสร็จสิ้นไปแล้วนานกว่า 36-48 ชั่วโมงผู้ป่วยยังคงมีไข้ข้อยุ่ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. การให้ยาครั้งนี้เป็นการให้ยาครั้งที่ (<u>หมายเหตุ</u> พิจารณาให้ MG ช้าเพียง 1 ครั้งเท่านั้น) | | |
| การให้ยาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อน ชั่วโมง | | |
| 4. การให้ยาครั้งก่อนไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการให้ยา | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยา/จำนวนยาหมด ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน

4.8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

ข้าพเจ้าทราบว่าควรทำ echocardiogram ครั้งที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์ หลังเริ่มป่วย และควรทำ echocardiogram ชั้นครั้งที่ 2 ภายใน 2 เดือน หลังเริ่มป่วย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกันโรคศิลปะ

วันที่ / /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ Guillain–Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและถูมือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล
 2. HN
 3. AN
4. ลิทเทอร์การเบิก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม
 สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ อื่นๆ ระบุ
 5. เพศ ชาย หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ ปี เดือน
 8. เฉพาะเจ้ำด้าประชาชน  9. รหัสโรงพยาบาล
 10. ได้รับ pre-authorization และ ใช่ ไม่ใช่ 11. authorization number

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)

2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พนวจเป็นโรคตระด(SIG)ตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้

2.1 ลักษณะทางคลินิก

- | | ใช่ <input type="radio"/> | ไม่ใช่ <input type="radio"/> |
|--|---------------------------|------------------------------|
| A มี Weakness of both arms and legs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B มี Absent or depressed deep tendon reflexes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C มีอาการดึงแต่เริ่มเด้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D อาการย่อลงเรื่งมีลักษณะค่อนข้าง symmetry | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E มี Sensory symptoms and signs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F มี Cranial nerve involvement esp. bilateral facial palsy, LMN type | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G Recovery beginning two to four weeks after progression ceases | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H มี Autonomic dysfunction | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| I มี Absence of fever at onset | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J มี Severity of weakness: distal ≥ proximal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- | | ใช่ <input type="radio"/> | ไม่ใช่ <input type="radio"/> |
|----------------------|---------------------------|------------------------------|
| K มีอาการหายใจลำบาก | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L มี severe weakness | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่, 2.1 ข้อ A, B, C, ควรทูกข้อตอบว่า ใช่ และ 2.2 ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่

3. เมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้

3.1 ผลการตรวจ CSF พบ Elevated cerebrospinal fluid protein with <10 cells/ml



(sometimes a rise in protein content is not seen until the end of the second week of illness)

3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พบ Slow nerve conduction velocity or conduction block, normal or small compound muscle action potentials, absent or prolonged F-waves, acute denervation or decreased recruitment/interference pattern (The findings depend on timing of electrodiagnostic test)

สำหรับผู้อนุมัติ 3.1 ใช่ และควรเมื่อ 3.2 ใช่

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยาIVIGที่แนะนำ คือครึ่งละ 2 กรัม/กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน)

วันที่รับประรับในโรงพยาบาล วันที่ /...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่ /...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเมื่อไปตามเกณฑ์

5. ทำการรักษา Plasma exchange (PE) ร่วมด้วยหรือไม่



สำหรับผู้อนุมัติ ไม่รักษาด้วยยา IVIG ร่วมกับ Plasma exchange

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ผลการอนุมัติ

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

แพทย์ที่ได้ประกอนโรคติดปะ

วันที่ /...../.....

ตัวแทน

วันที่ /...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยาIVGทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม)

ต่อการรับประทานในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับประทานในโรงพยาบาล วันที่ /...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่ /...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ /...../.....

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตัวแทน ...

วันที่ /...../.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอน
ของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและสู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

| | | | |
|----------------|--|-------------------------------------|------------------------------|
| ผู้รักษาพยาบาล | ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย | | |
| | 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | |
| | 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด้านหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | 3. AN | |
| | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | | |
| | 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... | 7. อายุ ปี เดือน |
| | 8. เลขประจำตัวประชาชน | 9. รหัสโรงพยาบาล | |
| | 10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | |
| | 12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม | 13. ส่วนสูง เซนติเมตร | |

| | | | |
|----------|---|---------------------------------|--|
| หมายเหตุ | ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา | | |
| | วันเดือนปีที่ให้ยา/...../..... | | |
| | ใช่ <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> | |
| | 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) | | |
| | 2. ไม่เป็นผู้ป่วยเด็ก (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก) | | |
| | 3. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พนว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../..... | | |
| | 4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ | | |
| | A มีอาการแสดงของภาวะโลหิตจางและดีชาน | | |
| | B ตรวจสเมียร์เลือด พนลักษณะของ hemolytic anemia โดยมี <input type="checkbox"/> spherocytosis <input type="checkbox"/> polychromasia และ <input type="checkbox"/> nucleated red blood cell วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | | |
| | C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นสอดคล้องกับภาวะ hemolytic anemia วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | | |
| | 1) direct Coombs' test ให้ผลบวก | | |
| | 2) มีการเพิ่มขึ้นของ reticulocyte count ระบุจำนวนหน่วยของ reticulocyte (absolute reticulocyte count) ไมโครลิตร | | |
| | 3) ตรวจพบ bilirubin ในปัสสาวะ | | |
| | D ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว | | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ _____ ไม่ใช่ _____

5. มีเสื่อมในการใช้ยาควบคู่กับด้านตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid

วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroid/...../.....

ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ใช้ยา

F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะชีวิต ได้แก่

 unstable angina myocardial infarction heart failure stroke

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม

วันเดือนปีที่เริ่มใช้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน

ขนาดยา IVIG หั้งหมัดที่สูงใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

(ขนาดยาที่แนะนำคือ 400-500 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4-5 วัน หรือ 1 กรัม

ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน
และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน)**สำหรับผู้อนุมัติ** 1. ใช่ 2. ใช่ 3. ใช่ 4. ใช่ทุกวัน 5. ใช่ทุกวัน และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. ผลการรักษา

ก่อนให้ IVIG Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

หลังให้ IVIG 3 วัน Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

8. หากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโปรดระบุรายละเอียด

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตัวแทน

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและศูนย์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ใบคำนวณยาตามใบสั่งแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล _____
2. HN _____
4. ลักษณะการเบิก หลักประกันสุขภาพผู้วนหน้า ประกันสังคม
 สิ่งสัตว์การรักษาพยาบาลชาระการ อื่นๆ ระบุ _____
3. AN _____
5. เพศ ชาย หญิง 6. วันเดือนปีเกิด / / 7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสสองพยางค์ _____
10. ได้รับ pre-authorization และ ใช่ ไม่ใช่ 11. authorization number _____
12. ชื่อ-นามสกุลของผู้ปกครอง _____

แบบฟอร์มคำนวณยาตามใบสั่งแพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา / /

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อายุในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)
2. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HLH ต้องมีผลการตรวจร่างกายครบถ้วน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้
- | | | |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| 2.1 มีไข้ (Fever) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 2.2 脾臟โต (Splenomegaly) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines (โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้) | | |
| 2.3.1 Hemoglobin < 9 กรัม/เดซิลิตร (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 กรัม/เดซิลิตร) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 2.3.2 Absolute neutrophil <1000/ไมโครลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 2.3.3 Platelet < 100,000/ไมโครลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 2.4 มีการตรวจพบ Hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อมน้ำเหลือง | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
3. นอกจากนี้อาจมีการตรวจพบอื่นๆ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ได้แก่
- | | | |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| 3.1 Fasting triglyceride > 2 มิลลิโมล/ลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 3.2 Fibrinogen < 1.5 กรัม/ลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 3.3 Serum ferritin > 500 ไมโครกรัม/ลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 3.4 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2400 ยูนิต/มิลลิลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 3.5 Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2.1 ใช่ 2.2 ใช่ 2.3 อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ใช่ และ 2.4 ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอนการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ปริมาณยา IVIG ที่ส่งใช้ในครั้งนี้

น้ำหนักตัวผู้ป่วย กิโลกรัม วันที่เริ่มให้ยา / / (วัน/เดือน/ปี)

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน

(ขนาดยาที่แนะนำ 400 มิลลิกรัมต่อ กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3-5 วัน ขนาดรวม (Total dose) 2 กรัมต่อ กิโลกรัม)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

เลขที่ใบประกอนโรคศิริบะ

วันที่ / /

ตัวแทนผู้รับยา

วันที่ /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรค idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง

(การออกเอกสารร่างหน้าที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่รังสรรค์ยา

ผู้รักษา

| | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย | | |
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | |
| 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพผู้วินาศัย <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรัฐบาลมาตราชาราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | 3. AN | |
| 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... | 7. อายุ ปี เดือน |
| 8. เลขประจำตัวประชาชน/...../...../...../...../..... | 9. รหัสโรงพยาบาล | |
| 10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | |
| 12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม | 13. ส่วนสูง เซนติเมตร | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อนุญาตในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบร่วมเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้

- | | |
|---|---|
| A | มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| B | มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ วันเดือนปีที่ตรวจ/...../ (peripheral blood smear และ bone marrow examination) |
| C | ไม่มีสาเหตุอื่นๆ ของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

กรณี absolute indication กรอกข้อ 3, 5 และ 6

กรณี relative indication กรอกข้อ 4, 5 และ 6

3. กรณี absolute indication ผู้ป่วยเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้

- | | |
|---|---|
| D | มีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่า 20,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ระบุจำนวนเกล็ดเลือด /ลูกบาศก์มิลลิเมตร วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... |
| E | มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต ระบุตำแหน่งเลือดออกในอวัยวะสำคัญ <input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ |
| F | ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน เช่น anti-Rho (D) immune globulin, เกล็ดเลือดและคอร์ติโคสเตโรเจน วันเดือนปีที่เริ่มให้คอร์ติโคสเตโรเจน/...../..... |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ _____ ไม่ใช่ _____

3. F ระบุชื่อยา _____

ระบุขนาดยา มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน

ระบุจำนวนเกล็ดเลือดภายในหลังการให้คอร์ติโคสเตรอยด์ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร

วันเดือนปีที่ตรวจ / /

4. กรณี relative indication เป็นการให้ยาในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค acute ITP ที่เป็นต้องได้รับการตัดม้าม

G มีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

H ได้รับ คอร์ติโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่ม
จำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยาไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

น้ำหนักตัว กิโลกรัม (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

เป็นเวลา 2-5 วัน หรือ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม. ให้ยาช้าครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังให้ยาครั้งแรก)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา / / ระยะเวลาที่ให้ยา วัน

ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี absolute indication คือ 1. ไข้ 2. ไข้ทุกชั่วโมง 3. ไข้ทุกชั่วโมง และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
กรณี relative indication คือ 1. ไข้ 2. ไข้ทุกชั่วโมง 4. ไข้ทุกชั่วโมง และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

6. ผลการรักษา

6.1 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา

(ประดับนุ่ร้ายละเอียด)

6.2 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา

ระบุจำนวนเกล็ดเลือดหลังให้ยา /ลูกบาศก์มิลลิเมตร

วันเดือนปีที่ตรวจ / / (ควรตรวจหลังให้ยา IVIG 3 วัน)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

เขตที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ / /

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง
และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

| | | | |
|---|---|---|------------------------------|
| <p style="text-align: center;">ผู้คนนำท่องเที่ยว</p> | ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย | | |
| | 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | |
| | 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพผู้คนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลชั้นราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | |
| | 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... | 7. อายุ ปี เดือน |
| | 8. เลขประจำตัวประชาชน | 9. รหัสโรงพยาบาล | |
| | 10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | |
| | 12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม | 13. ส่วนสูง เซนติเมตร | |

| | | | |
|--|--|--------|--|
| <p style="text-align: center;">ยา</p> | ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา | | |
| | วันเดือนปีที่ให้ยา/...../..... | | |
| | ใช่ | ไม่ใช่ | |
| | 1. ผู้ป่วยไม่อุ้ยในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> | | |
| | 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pemphigus vulgaris โดยมีพื้นที่ผิว (body surface area involvement) % มีอาการทางคลินิก คือ | | |
| | 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พนชขอได้ข้อหนึ่งต่อไปนี้ | | |
| | 3.1 histopathology (ระบุ) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | | |
| | 3.2 direct immunofluorescence study (ระบุ) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | | |
| | 3.3 indirect immunofluorescence study (ระบุ) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | | |
| | 3.4 enzyme link immunosorbent assay (ELISA) for desmoglein 1 และ 3 (ระบุ) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | | |
| | 4. ประวัติผู้ป่วยก่อนใช้ยา IVIG | | |
| | 4.1 ได้รับยา steroid คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| | 4.2 ได้รับยาต้านภูมิคุ้มกัน คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| | 4.3 ยาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคนี้ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| | 4.4 เหตุผลที่หยุดยาต้านภูมิคุ้มกัน | | |
| สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. มากกว่า 30% 3. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ขอให้ข้อหนึ่ง | | | |

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร
ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน
วันที่ให้ยา / (วัน/เดือน/ปี)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกาศนียกศิลปะ

วันที่ / /

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

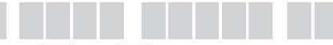
**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases)**

(กรอกเอกสารทางพุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ผู้นำเข้า/ร่วมอย่างภารกิจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN | |
| 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด้านหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | 3. AN | |
| <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลชั้นราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | | |
| 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... | 7. อายุ ปี เดือน |
| 8. เลขประจำตัวประชาชน  | 9. รหัสโรงพยาบาล | |
| 10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number | |
| 12. น้ำหนักด้วน กิโลกรัม | 13. ส่วนสูง เซนติเมตร | |

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อายุในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)

2. ผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย PID ชนิด

(ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006)

3. ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย

3.1 ผู้ป่วยมาด้วยอาการติดเชื้อในระบบ

3.1.1 เดย์ไดรับ IVIG มาก่อน

เดย์ไดรับ IVIG ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่/...../.....

3.1.2 ส่งตรวจ IgG trough level

ผล IgG มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อวันที่/...../.....

3.1.3 เดย์ไดรับ blood transfusion

เดย์ไดรับ blood transfusion ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่/...../.....

3.1.4 เป็นการรักษาในกรณี

Emergency (life-threatening)

Regular treatment

อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการขออนุมัติและข้อมูลการให้ยา (ต่อ)

3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต้องกรอกในกรณีที่เป็นการให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรดระบุวันที่ทำการตรวจ)

| ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | ผลการตรวจ | วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... |
|---|--|--|
| 3.2.1 Complete blood count (CBC) | | |
| 3.2.2 Quantitative serum immunoglobulin (IgG, IgA, IgM and IgE) levels | IgG (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgM (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgA (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgE (IU/mL) | |
| 3.2.3 B-cell, T-cell function | | |
| 3.2.4 การตรวจพันธุกรรม | | |
| 3.2.5 อื่นๆ (ระบุ) | | |

4. ขนาดและวิธีการให้ยา

ชื่อยาค้างของยา IVIG

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ระยะเวลาที่ให้ยา Juan ยาหมด ชั่วโมง
(ขนาดยาที่แนะนำคือ ครั้งละ 400-600 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 2-4 สัปดาห์ จากนั้นปรับระดับให้ IgG trough level มากกว่า 500 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ ให้มากกว่า 800 มิลลิกรัม/เดซิลิตร กรณีที่มี bronchiectasis หรือการติดเชื้อที่รุนแรง)

5. มี Premedication ใช้ ไม่ใช้

| กลุ่มยา | ชื่อยา | ขนาดยาที่สั่งใช้ |
|--------------------|--------|------------------|
| Antihistamine | | |
| Antipyretic | | |
| Corticosteroid | | |
| อื่นๆ (ระบุ) | | |

อาการไม่พึงประสงค์

ไม่มี ผื่น ไข้ ปวดหรือเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ

ความมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแพ้ยาอย่างใกล้ชิด

สำหรับผู้ขออนุมัติ กรณีการขออนุมัติเป็นครั้งแรก

- ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 3.2 มีผลการตรวจ CBC, IgG, IgA, IgM และ 4. ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ กรณีการได้รับยาต่อเนื่อง
 - ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 และ 4. ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....