

# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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 <input type="text"/>	9. รหัสโรงพยาบาล .....
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number .....
12. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม	13. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		
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. ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบ		
3.1 ต้องมีการหายใจล้มเหลวซึ่งมีสาเหตุจากกะบังลมหรือกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงอ่อนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
A มีหนังตาตก เห็นภาพซ้อน หรือการกลอกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B มีอาการเกี่ยวกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซีก (facial palsy, bulbar weakness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D มี fluctuation of weakness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="radio"/> ใช่ 2. <input checked="" type="radio"/> ใช่ 3.1 <input checked="" type="radio"/> ใช่ และ 3.2 <input checked="" type="radio"/> ใช่ (ข้อ A, B, C, D อย่างน้อย 1 ข้อ)		
3.3 ผลทางปฏิบัติการหรือประวัติการวินิจฉัย MG		
E มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายแรง (MG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F Prostigmine test (ระบุผล) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G Repetitive nerve stimulation test (ระบุผล) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H Single-fiber electromyography (SFEMG) (ระบุผล) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
สำหรับผู้อนุมัติ E <input checked="" type="radio"/> ใช่ หรือ มีผลข้อ F, G หรือ H ข้อใดข้อหนึ่งให้ผลบวก		

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่ใช้ ..... กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม

ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ...../...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่ ...../...../.....

**สำหรับผู้อนุมัติ** ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....