

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน (psoriatic arthritis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา ☐ สปสช.		☐ ประกันสังคม
☐ สวัสดิการข้าราชการ		☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน ตามเกณฑ์ CASPAR criteria 2006	☐	☐
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมในข้อ 3.1-3.2	☐	☐
☐ 3.1 axial involvement (spine หรือ sacroiliac joint) ที่มี BASDAI $\geq$ 4 หรือ ASDAS $\geq$ 2.1		
☐ 3.2 peripheral joint involvement ที่มีข้อบวม (swollen joint) $\geq$ 4 ข้อ อนึ่ง dactylitis และ enthesitis 1 ตำแหน่งนับเป็น 1 ข้อ		
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	☐	☐
☐ 4.1 กรณีมี axial involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs $\geq$ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARD ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) $\geq$ 1 ชนิด นาน 3 เดือน		
☐ 4.2 กรณีมี peripheral joint involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs $\geq$ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARDs ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) $\geq$ 2 ชนิดร่วมกัน นาน 3 เดือน		
☐ 4.3 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง อย่างมีนัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
☐ 4.4 มีข้อห้ามในการใช้ยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 อย่างมีนัยสำคัญ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
5. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	☐	☐
6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	☐	☐
7. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab

เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน (psoriatic arthritis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	☐ สปสช.	☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง		ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		☐	☐
2. ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ		☐	☐
3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้		☐	☐
☐ 3.1 ผลประเมินกรณี axial involvement มีค่า BASDAI ลดลง ≥ 2 หรือ ASDAS ลดลง ≥ 1			
☐ 3.2 ผลประเมินกรณี peripheral joint involvement มีการลดลงของค่า DAS28-ESR > 0.6			
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา adalimumab ได้		☐	☐
5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา adalimumab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา		☐	☐
☐ 5.1 ตรวจพบการตั้งครรภ์ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้			
☐ 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้			
☐ 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค			
☐ 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ)			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

6. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....