

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Donepezil
ข้อบ่งใช้ ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ที่มีความรุนแรงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง
(mild to moderate)

(รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก วันที่/...../25.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่ประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
เพศ □ ชาย □ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม HN
สิทธิ์การรักษา ○ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ประกันสังคม ○ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
○ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา วัน-เดือน-ปีที่เริ่มรักษา (...../...../.....)

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ใช่ ไม่ใช่
- ผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะอาการเพ้อ (delirium) ใช่ ไม่ใช่
หรือเป็นผลกระทบจากสารเสพติด หรือ จากโรคทางจิตเวช
- ไม่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงมาก (very severe dementia) ใช่ ไม่ใช่
หมายถึง ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการพึ่งพาโดยสิ้นเชิง (totally dependence) และมีสภาพนอนติดเตียง
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ด้วยเกณฑ์ 3.1 - 3.3 ครบทุกข้อ ดังนี้
 - ตรวจพบลักษณะทางคลินิก ครบทุกข้อ
 - อาการ episodic memory loss เช่น ถامซ้ำๆ จนน่ารำคาญ ใช่ ไม่ใช่
ลืมว่ารับประทานอาหาร ลืมของ ลืมนัด ลืมเหตุการณ์สำคัญที่เพิ่งเกิด
 - มีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ใช่ ไม่ใช่
 - aphasia (มีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา การสื่อสาร เช่น เรียกสิ่งของไม่ถูก ทำตามคำสั่งไม่ได้)
 - apraxia (กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ตามสั่ง ทั้งที่ไม่มีอาการอ่อนแรง)
 - agnosia (ไม่รู้จำจักชื่อ และชนิดของสิ่งของที่เคยรู้มาก่อน)
 - executive dysfunction (เช่น บกพร่องในการตัดสินใจ วางแผน การจัดลำดับขั้นตอน ความคิดเชิงนามธรรม)
 - social cognition (ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัวลดถอย เช่น ไม่เข้าใจความรู้สึกผู้อื่น การยับยั้งชั่งใจลดลง)
 - อื่นๆ ระบุ.....
 - มีอาการมากกว่า 6 เดือน ใช่ ไม่ใช่

- d. การดำเนินโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive course) ใช่ ไม่ใช่
- e. มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม ใช่ ไม่ใช่

3.2 การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายและภาวะอื่นของโรกระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบาย ใช่ ไม่ใช่

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื่องจากสมอง เป็นผลกระทบอันเนื่องจากอุบัติเหตุต่อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น

3.3 ผลตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง* (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ ตามความเหมาะสม) วันที่ตรวจ...../...../.....

ไม่มีพยาธิสภาพอื่นที่สามารถอธิบายอาการสมองเสื่อมได้ ใช่ ไม่ใช่

พบลักษณะที่เข้าได้กับโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่

cerebral atrophy medial temporal lobe atrophy

medial temporal area (MTA) normal for age

อื่นๆ ระบุ.....

*โปรดแนบหลักฐานไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ในภายหลัง

4. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร มีความสามารถในการสื่อสาร ใช่ ไม่ใช่

มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างแม้จะบกพร่องกว่าเดิม

5. มีผลบ่งชี้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ในระยะรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ใช่ ไม่ใช่

คือ มีผลการประเมินการรู้คิด* ก่อนเริ่มการรักษา โดย วันที่ตรวจ...../...../.....

Thai mental state examination (TMSE) = คะแนน (ระหว่าง 10-23 คะแนน)

Mini mental state examination-Thai (MMSE-T) = คะแนน (ระหว่าง 10-23 คะแนน)

Functional Assessment Staging Test (FAST) = (ระยะ 3-6)

Global Deterioration Scale (GDS) for primary degenerative dementia = (ระยะ 4-6)

ทดสอบประสาทจิตวิทยา (neuropsychological tests) เชิงลึก (น้อยกว่า 2 standard deviation

= (SD) หรือ 10 percentile ใน

อย่างน้อย 2 subscales)

อื่นๆ ระบุ.....

*โปรดแนบหลักฐานไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ในภายหลัง

6. ขนาดยา donepezil ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม/วัน

(หมายเหตุ ขนาดยา donepezil สูงสุดที่แนะนำ ไม่เกิน 10 mg ต่อวัน

การปรับขนาดยาแนะนำให้ปรับขนาดยาหลังจากเริ่มใช้ยาขนาดเริ่มต้นไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Donepezil

ข้อบ่งใช้ ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ที่มีความรุนแรงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง
(mild to moderate)

(รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

แบบฟอร์มกรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง	วันที่
...../...../25.....	

- ครั้งที่ 1 (หลังการรักษาครั้งแรก 3 เดือน) ครั้งที่ 2 (หลังการรักษาครั้งแรก 6 เดือน)
- ครั้งที่ 3 (หลังการรักษาครั้งแรก 1 ปี) ครั้งที่..... (ทุก 6 เดือน)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่ประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□□
เพศ ชาย หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม HN
สิทธิ์การรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ใช่ ไม่ใช่
- ผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะอาการเพ้อ (delirium) ใช่ ไม่ใช่
หรือเป็นผลกระทบจากสารเสพติด หรือ จากโรคทางจิตเวช
- ไม่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (very severe dementia) ใช่ ไม่ใช่
หมายถึง ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการพึ่งพาโดยสิ้นเชิง (totally dependence) และมีสภาพอนตติเตียง
- วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ donepezil/...../.....
ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย donepezil มาแล้วทั้งสิ้นปี.....เดือน
- ผลการตรวจภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ในระยาระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง วันที่ตรวจ...../...../.....
คือ มีผลการประเมินการรู้คิด* โดย
 Thai mental state examination (TMSE) = คะแนน (ระหว่าง 10-23 คะแนน)
 Mini mental state examination-Thai (MMSE-T) = คะแนน (ระหว่าง 10-23 คะแนน)
 Functional Assessment Staging Test (FAST) = (ระยะ 3-6)
 Global Deterioration Scale (GDS) for primary degenerative (ระยะ 4-6)
dementia =
 ทดสอบประสาทจิตวิทยา (neuropsychological tests) เจริญ (น้อยกว่า 2 standard deviation
(SD) หรือ 10 percentile ใน

=

อย่างน้อย 2 subscales)

อื่นๆ ระบุ.....

*โปรดแนบหลักฐานไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ในภายหลัง

5. ผลการตอบสนองต่อประสิทธิผลของการรักษา

- สถานะโรคคงที่ คืออยู่ในระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate)
- เปลี่ยนสถานะเป็นโรคในระดับรุนแรง (severe)
- อื่น ๆ ระบุ

6. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ไม่พบ พบ ระบุ

7. ผู้ป่วยสามารถเข้ายาต่อเนื่องได้ โดยมีภาวะดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหลังได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้ว ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- 7.1 ประเมินที่เวลา 3-6 เดือน โดยการประเมินด้วย TMSE หรือ MMSE-T คะแนนคงที่หรือลดลงไม่เกิน 1 คะแนน หรือ
- 7.1 ประเมินทุก 1 ปี หรือประเมินระหว่างติดตามการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่เปลี่ยนสถานะเป็นโรคในระดับรุนแรง (severe) คือ TMSE หรือ MMSE-T น้อยกว่า 10 คะแนน หรือ FAST ระยะ 7 หรือ GDS ระยะ 7

8. ผู้ป่วยเข้ายาต่อเนื่องได้โดยขนาดยา donepezil ที่ขออนุมัติใช้ คือ มิลลิกรัม/วัน

(หมายเหตุ ขนาดยา donepezil สูงสุดที่แนะนำ ไม่เกิน 10 mg ต่อวัน

การปรับขนาดยาแนะนำให้ปรับขนาดยาหลังจากเริ่มใช้ยาขนาดเริ่มต้นไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว