

แบบฟอร์มการให้ยา Erythropoietin (EPO)
ในผู้ป่วยภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้

(รายละเอียดการให้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล _____

เป็นสถานพยาบาลระดับ ☐ ทดยภูมิ ☐ ตติยภูมิ ☐ excellent center

☐ สถานพยาบาลที่มีเครื่องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผ่านการรับรองจากแพทยสภา

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาใด ☐ กุมารเวชศาสตร์โรคไต ☐ อายุรศาสตร์โรคไต

☐ กุมารเวชศาสตร์ ที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคไตหรือที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมาย

☐ อายุรศาสตร์ ที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคไตหรือที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมาย

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด ____ / ____ / ____ อายุ ____ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา ____ / ____ / ____

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ผลการวินิจฉัยโรค ☐ เป็นภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้

โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ที่จัดอยู่ใน ☐ Stage 4 ☐ Stage 5

3. การรักษาในครั้งนี้เป็นแบบ ☐ Initial Phase ☐ Maintenance Phase ได้รับยาค้างล่าสุดเมื่อ ____ / ____ / ____

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 **ระยะเริ่มให้ยา (Initial Phase)** กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5

4.1.1 **ต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO**

☐ มีค่า Hemoglobin (Hb) ที่ตรวจได้น้อยกว่า 10 g/dL หรือมีค่า Hematocrit (Hct) น้อยกว่า 30 %

☐ มีค่า Serum ferritin มากกว่า 100 ng/ml

☐ มีค่า Percent transferrin saturation (TSAT) มากกว่าหรือเท่ากับ 20%

☐ ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) stage 5 (มีค่า GFR น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m² หรือ end-stage renal disease) หรือ stage 4 (มีค่า GFR เท่ากับ 15 - 30 ml/min/1.73 m²)

4.1.2 **ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO**

☐ ผู้ป่วยกำลังมีภาวะเลือดออก (active bleeding)

☐ ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีภาวะ pure red cell aplasia (PRCA)

☐ ผู้ป่วยมีภาวะ megaloblastic anemia ซึ่งมีหลักฐานน่าเชื่อถือว่าเกิดจากการขาดโฟเลต หรือ วิตามินบี 12

4.1.3 **ผู้ป่วยมีโรคร่วม (co-morbid disease) อื่นๆ ได้แก่** _____

4.2 ระยะการรักษาต่อเนื่องเพื่อควบคุมภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง (Maintenance Phase)

4.2.1 กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

4.2.1.1 ต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป

- ☐ ผู้ป่วยเคยได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา EPO แล้ว
- ☐ ผู้ป่วยเคยได้ทำ dialysis แล้วหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
- ☐ ในกรณีที่มีการทำ dialysis แล้ว มีการแสดงค่า Kt/V ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 3 เดือน (ก่อนวันยื่นขอเบิกยา)
- ☐ มีการตรวจค่า Serum ferritin ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยควรมีค่า Serum ferritin มากกว่า 100 ng/ml)
- ☐ มีการตรวจค่า TSAT ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยควรมีค่า TSAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20%)

4.2.1.2 ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO

- ☐ ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีภาวะ pure red cell aplasia (PRCA)

4.2.1.3 ผู้ป่วยมีโรคร่วม (co-morbid disease) อื่นๆ ได้แก่ _____

4.2.2 กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

4.2.2.1 ต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป

- ☐ ผู้ป่วยเคยได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา EPO แล้ว
- ☐ มีการตรวจ Serum ferritin ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยค่า Serum ferritin ควรมากกว่า 100 ng/ml)
- ☐ มีการตรวจ TSAT ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยค่า TSAT ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 20%)

4.2.2.2 ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา Erythropoietin (EPO)

- ☐ ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีภาวะ pure red cell aplasia (PRCA)

4.2.2.3 ผู้ป่วยมีโรคร่วม (co-morbid disease) อื่นๆ ได้แก่ _____

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

5.1 ยา Erythropoietin (EPO) ที่สั่งใช้โดยแพทย์เป็นชนิด

- ☐ EPO Alpha (เฉพาะ 1000, 2000, 3000, 4000, 5000 IU) ชื่อการค้า _____
- ☐ EPO Beta (เฉพาะ 2000, 3000, 5000 IU) ชื่อการค้า _____

5.2 ชื่อการค้าของยาที่ผู้ป่วยได้รับจริง _____ ชื่อเภสัชกรผู้จ่ายยา _____

5.3 Body weight _____ kg, dose ต่อครั้ง _____ IU, Route of Administration ☐ SC ☐ IV

ทุก _____ ระยะเวลาการขอเบิกยา _____ สัปดาห์

ขนาดยา EPO alpha/beta ที่แนะนำในภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง : ผู้ใหญ่ 50 – 150 units/kg/week และเด็ก 50 – 200 units/kg/week (น้ำหนักคำนวณโดยใช้ ideal body weight) และวิธีบริหารยาให้ทาง IV หรือ SC

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา _____
(
วันที่ ____/____/____)

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ _____
(
ตำแหน่ง _____
วันที่ ____/____/____)

รายงานผู้ตรวจประเมิน ภายใต้คณะกรรมการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ ข้อย่อย 2

ผลการประเมิน

☐ การใช้ยาถูกต้องตามเงื่อนไข

☐ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามเงื่อนไข

ลงนามผู้ประเมิน _____
(
วันที่ ____/____/____)