



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่      ไม่ใช่

5. มีเงื่อนไขการใช้ยาครบถ้วนตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid  
 วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroid ...../...../.....  
 ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ให้ยา .....
- F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะซิด ได้แก่  
 unstable angina    myocardial infarction    heart failure    stroke

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม  
 วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา ...../...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา ..... วัน  
 ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี ..... 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.  ใช่ทุกข้อ 5.  ใช่ทุกข้อ 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 .....

แพทย์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....  
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา  
 (.....)

.....  
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ  
 วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....