

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต

(myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล..... 2. HN..... 3. AN.....

4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุปี.....เดือน

8. เลขที่ประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล.....

9. ได้รับ Pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 10. Authorization number.....

12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบ
- 3.1 ต้องมีการหายใจล้มเหลวซึ่งมีสาเหตุจากกะบังลมหรือกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงอ่อนแรง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 3.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
- A มีหนังตาตก เห็นภาพซ้อน หรือการกลอกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- B มีอาการเกี่ยวกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซีก (facial palsy, bulbar weakness) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- C มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- D มี fluctuation of weakness ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่, 2. ☒ ใช่ 3.1 ☒ ใช่ และ 3.2 ☒ ใช่ (ข้อ A, B, C, D อย่างน้อย 1 ข้อ)

3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือประวัติการวินิจฉัย MG

- E มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงแรงชนิดร้ายแรง (MG) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- F Prostigmine test ให้ผลบวก (ระบุผล)..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- G Repetitive nerve stimulation test ให้ผลบวก (ระบุผล)..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- H Single-fiber electromyography (SFEMG) ให้ผลบวก(ระบุผล)..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ E, F, G หรือ H ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

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

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้ส่งยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว