

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
 ขอบ่งใช้ โรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง
 และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล 2. HN
4. สิทธิการเบิก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม 3. AN
- สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อื่นๆ ระบุ
5. เพศ ชาย หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ใช่ ไม่ใช่ 11. authorization number
12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม 13. ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ใช่ ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pemphigus vulgaris โดยมีพื้นที่ผื่น (body surface area involvement) % มีอาการทางคลินิก คือ
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 3.1 histopathology (ระบุ) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.2 direct immunofluorescence study (ระบุ) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.3 indirect immunofluorescence study (ระบุ) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.4 enzyme link immunosorbent assay (ELISA) for desmoglein 1 และ 3 (ระบุ) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
4. ประวัติผู้ป่วยก่อนใช้ยา IVIG
- 4.1 ได้รับยา steroid คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน
 ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี)
- 4.2 ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน
 ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี)
- 4.3 ยาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคนี้ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน
 ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี)
- 4.4 เหตุผลที่หยุดยากดภูมิคุ้มกัน

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2. มากกว่า 30% 3. ไปข้อใดข้อหนึ่ง

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน

วันที่ให้ยา/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้ส่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....