

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน
ข้อบ่งใช้โรคอะโครเมกาตี (acromegaly)
 (รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□
 เพศ □ ชาย □ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง...เซนติเมตร
 H code HN
 สิทธิการรักษา ○ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ประกันสังคม ○ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
 ○ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก

1. ผู้ป่วย **ไม่อยู่** ในภาวะ terminally ill ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค acromegaly โดย
 - 2.1 มีอาการทางคลินิกที่เข้ากันได้กับโรค acromegaly ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 - 2.2 มีระดับ IGF -1 สูงกว่าค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 - 2.3 มีระดับต่ำสุดของ GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 ในขณะที่ทำ 75 g OGTT
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและได้รับการฉายแสง
 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแต่มีข้อห้ามในการฉายแสง
 ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้
4. ผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับฮอร์โมนข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

ที่ 12 สัปดาห์หลังรักษาตามข้อ 3 พบระดับฮอร์โมน IGF-1 สูงกว่าค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน และมีระดับต่ำสุดของ GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรในขณะที่ทำ 75 g OGTT
 ที่ 12 สัปดาห์หลังรักษาตามข้อ 3 พบระดับฮอร์โมน IGF-1 สูงกว่าค่าปกติ แต่ระดับต่ำสุดของ GH น้อยกว่า 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรในขณะที่ทำ 75 g OGTT ให้ตรวจ IGF-1 ซ้ำที่ 24 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ถ้าระดับของ IGF-1 เมื่อตรวจซ้ำแล้ว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน สามารถพิจารณาให้ยาได้
5. มีข้อห้ามทางคลินิกที่ทำให้ไม่สามารถทำการผ่าตัดซ้ำได้ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ

○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว

ว

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน
 ขอบ่งใช้โรคอะโครเมกาลี (acromegaly)
 (รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

การขออนุมัติ ทุก 12 เดือน วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□
 เพศ □ ชาย □ หญิง วันเดือนปีเกิด .../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
 H code HN
 สิทธิการรักษา ○ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ประกันสังคม ○ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
 ○ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นานต่อ ตามคำจำกัดความดังต่อไปนี้
 กรณีขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่อง

1. ผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ใช่ ไม่ใช่
2. ระดับ IGF-1 ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน ใช่ ไม่ใช่
 ระบุค่า IGF-1 เท่ากับ
3. ระดับ random GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ใช่ ไม่ใช่

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว

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

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน

เงื่อนไข โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ผลิตไทโรโทรปิน (thyrotropin (TSH) secreting pituitary adenoma)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

			ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง		
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....			
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน			
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม		
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค TSH secreting pituitary adenoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /		
	โดยมีผลการตรวจครบ 3 ข้อดังต่อไปนี้		
	<input type="radio"/> มีอาการทางคลินิกที่เข้ากันได้กับโรค TSH secreting pituitary adenoma หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาสงสัยว่าจะเป็นโรค TSH secreting pituitary adenoma		
	<input type="radio"/> มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติ โดยที่มีการยืนยัน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าไม่มีภาวะ thyroid hormone resistance และ thyroid hormone / TSH antibody interference		
	<input type="radio"/> พบเนื้องอกต่อมใต้สมอง จากการตรวจทางรังสีด้วยวิธี magnetic resonance imaging (MRI) หรือ เอ็กซเรย์ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (CT scan)		
3.	ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการผ่าตัด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	ผู้ป่วยมีอาการของโรค TSH secreting pituitary adenoma โดยมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
	<input type="radio"/> การให้ยาก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ฮอร์โมนไทรอยด์เข้าสู่ภาวะปกติก่อนการผ่าตัด ร่วมกับกรณีที่ยกก่อนไม่สามารถผ่าตัดได้หมด โดยมีระยะเวลาให้ยากจนกว่าจะได้รับการผ่าตัด		
	<input type="radio"/> การให้ยาระหว่างรอการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการฉายแสงหลังผ่าตัดในกรณีที่ก่อนไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด หรือ ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

5. ผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับฮอร์โมนข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- กรณีก่อนผ่าตัด มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติ
- กรณีหลังผ่าตัด มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติที่ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด

โปรดระบุผลทางห้องปฏิบัติการ วันเดือนปีที่ตรวจ / /

ระดับ TSH mIU/L ระดับ total T3 ng/dL

ระดับ free T3 pg/mL ระดับ free T4 ng/dL

6. ขนาดยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม

หมายเหตุ 1. แนะนำเริ่มการรักษาด้วย octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน ในขนาด 20 มก ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก ทุก 4 สัปดาห์

2. อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม ซึ่งอาจมีขนาดยาที่แตกต่างจากที่ระบุ

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน

เงื่อนไข โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ผลิตไทโรโทรปิน (thyrotropin (TSH) secreting pituitary adenoma)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
ผู้ป่วยเริ่มใช้ยา octreotide ครั้งแรก วันที่/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 กรณีการให้ยาก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ฮอร์โมนไทรอยด์เข้าสู่ภาวะปกติก่อนการผ่าตัด ร่วมกับกรณีที่ยังไม่สามารถผ่าตัดได้หมด		
<input type="radio"/> ระดับ TSH, free T4, free T3/total T3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ		
<input type="radio"/> ผู้ป่วยได้รับยาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน นับตั้งแต่เริ่มใช้ยา เว้นแต่การนัดผ่าตัดนั้นไม่สามารถกระทำได้ ให้ใช้ยาต่อจนถึงวันผ่าตัด แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 6 เดือน นับตั้งแต่เริ่มใช้ยา		
2.2 กรณีการให้ยาระหว่างรอการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการฉายแสงหลังผ่าตัด หรือ ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้		
<input type="radio"/> ระดับ TSH, free T4, free T3/total T3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ		
<input type="radio"/> ผู้ป่วยได้รับยาเป็นระยะ 18 เดือน หรือต่ำกว่า นับตั้งแต่เริ่มใช้ยา วัน/เดือน/ปีที่เริ่มการใช้ยา/...../.....		
3. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา octreotide ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ผู้ป่วยกรณีที่ให้ยาหลังการผ่าตัดและรอผลการรักษาด้วยการฉายแสง หลังพิจารณาหยุดยา แล้วพบว่าระดับฮอร์โมนเริ่มมีความผิดปกติอีกครั้ง		
<input type="radio"/> อื่น ๆ โปรด (ระบุ)		