

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา somatropin หรือ growth hormone (GH)
ข้อบ่งใช้ growth hormone deficiency ในทารกแรกเกิดหรือเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 2 ปี
ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2566 (27 ก.ค. 66)
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|--|--|---|
| 1. ชื่อ..... | สกุล..... | 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง |
| 3. HN..... | 4. รหัสโรงพยาบาล..... | |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... | 7. อายุ.....ปี.....เดือน | 8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม |
| 9. สิทธิการรักษา | ☐ สปสช. | ☐ ประกันสังคม |
| | ☐ สวัสดิการข้าราชการ | ☐ อื่น ๆ |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----------------------|-----------------------|
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../..... | | |
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | ☐ | ☐ |
| 2. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 2 ปี | ☐ | ☐ |
| 3. ทารกและเด็กเล็กที่มีภาวะ growth hormone deficiency ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ทุกข้อ | ☐ | ☐ |
| ☐ 3.1 ทารกหรือเด็กเล็กที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (blood glucose <50 mg/dL) และในเวลาเดียวกัน
มีระดับ growth hormone <7 ng/mL โดยทารกอาจมีภาวะ congenital hypopituitarism ร่วมด้วย | | |
| ☐ 3.2 ทารกต้องไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น hyperinsulinemic hypoglycemia,
inborn error of metabolism เป็นต้น | | |
| 4. ขนาดยา somatropin ที่แนะนำ คือ
ขนาดเริ่มต้น 20 (15-30) mcg/kg/day และปรับตามการตอบสนองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ปกติ
โดยขนาดสูงสุดไม่เกิน 40 mcg/kg/day
สำหรับเด็กอ้วนให้คำนวณขนาดยาตาม body surface area โดยให้ขนาดเริ่มต้น 0.5-0.7 mg/m ² /day
และขนาดสูงสุดไม่เกิน 1 mg/m ² /day | | |

(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

2.....

2.....