

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา sapropterin (BH4)
เงื่อนไขใช้สำหรับโรค tetrahydrobiopterin (BH4) deficiencies

(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"/> | | |
| 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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

| | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ตรวจ plasma amino acids พบระดับ phenylalanine ในเลือดสูงกว่าปกติ ระดับ phenylalanine ในเลือด = $\mu\text{mol/L}$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ผู้ป่วยที่มีอาการหรือตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> มีอาการทางคลินิกแสดง ระบุ | | |
| <input type="checkbox"/> มีประวัติครอบครัว (พี่น้องร่วมบิดามารดา) เป็นโรค BH4 deficiencies | | |
| <input type="checkbox"/> ตรวจพบความผิดปกติจาก newborn screening โดยพบ phenylalanine สูง ระดับ phenylalanine ในเลือด = $\mu\text{mol/L}$ | | |
| 4. ได้รับการตรวจยืนยันด้วยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> ตรวจยืนยันและพบตำแหน่งกลายพันธุ์ก่อโรคในยีน <i>GCH1</i> , <i>PTS</i> , และ/หรือ <i>PCBD1</i> ยืนยันการวินิจฉัยโรค BH4 deficiencies ที่ควรได้รับการรักษาด้วย sapropterin ระบุตำแหน่งกลายพันธุ์ก่อโรค | | |
| <input type="checkbox"/> ผลการทดสอบ BH4 loading test พบว่ามีการตอบสนองได้ดีเข้าได้กับ BH4 deficiencies | | |
| หมายเหตุ หากยังไม่มีผลการตรวจยืนยันในการยื่นขออนุมัติครั้งแรก ควรยื่นผลการตรวจยืนยันตามหลังการขออนุมัติครั้งแรกภายใน 4 เดือน | | |
| 5. ขนาดยา sapropterin (BH4) ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน) | | |
| 6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... | | |

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....