

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin  
 ช่อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

(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. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN) วันเดือนปีที่วินิจฉัย ..... / ..... / ..... โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 ลักษณะทางคลินิกหลัก (ต้องมีทั้ง 3 ข้อ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> A. อาการอ่อนแรงของแขนหรือขาแบบไม่สมมาตร (asymmetric limb weakness) โดยมีความผิดปกติของ motor nerve อย่างน้อย 2 เส้น		
<input type="checkbox"/> B. ไม่มีอาการสูญเสียความรู้สึก (no sensory loss) ยกเว้นเสียความรู้สึกต่อการสั่น แบบไม่รุนแรงที่เท้า (minor vibration sense abnormalities)		
<input type="checkbox"/> C. อาการอ่อนแรงเป็นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive) ในเวลาอย่างน้อย 1 เดือน		
2.2 Exclusion criteria (ต้องไม่มีทั้ง 3 ข้อ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> A. Upper motor neuron signs		
<input type="checkbox"/> B. Marked bulbar involvement		
<input type="checkbox"/> C. Diffuse symmetric weakness during the initial weeks		
2.3 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features เข้าได้กับ Definite motor conduction block โดยเป็นข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Definite motor CB		
<input type="checkbox"/> Probable motor CB		
<input type="checkbox"/> Probable motor CB with supportive criteria		
โดยระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันดังเอกสารแนบ		
6. ขนาดยา Induction IVIG ที่แนะนำ คือ IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้งแล้วประเมินการตอบสนอง		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา Induction IVIG เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่ ...../...../.....ถึง...../...../..... (อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... <input type="checkbox"/> Pre-treatment <input type="checkbox"/> Post treatment .....weeks Date of the last IVIg.....							
Current medication <input type="checkbox"/> other drug ..... Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening

Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle inversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle eversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
FDI			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
ADM			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
APB			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
FPL			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Deep tendon reflex	Rt	Lt					
Biceps			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Triceps			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Knee			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Ankle			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				

แบบฟอร์ม จ(2) IVIG  
 ชื่อบ่งใช้ MMN ต่อเนื่อง

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin

ชื่อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

(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"/>		
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
9. วัตถุประสงค์การใช้ยาต่อเนื่อง	<input type="radio"/> Induction IVIG ครั้งที่ .../6	<input type="radio"/> Maintenance IVIG

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่    ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ○ ○
2. ผลการประเมินตามช่วงเวลา
- ช่วง Induction ประเมินเดือนที่ 3
- ช่วง Maintenance ประเมินทุก 3 เดือน
- ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา IVIG (IVIG responder ตามแนวทางกำกับการใช้ยา) ใช่หรือไม่ ○ ○
- โปรดระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันตั้งเอกสารแนบท้าย
- หมายเหตุ**
- **IVIG responder** หมายถึง ผู้ป่วยที่มี motor strength เท่าเดิมหรือดีขึ้น (MRC scale เท่าเดิมหรือดีขึ้น) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVIG โดยที่ไม่มี motor strength แย่ลงใน muscle groups อื่นๆ
  - **IVIG non-responder** หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Motor strength แย่ลง อย่างน้อย 2 mRC scale ใน 2 muscle groups หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVIG โดยในขณะที่ประเมินผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วย IVIG ขนาด 2 g/kg แบ่งให้ 2-5 วัน ทุก 4 สัปดาห์ ต่อเนื่อง 3 รอบการรักษา (12 สัปดาห์)
3. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ○ ○
4. ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ คือ
- ช่วง Induction: IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 3 ครั้ง
- ช่วง Maintenance: IVIG ขนาด 1-2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4-12 สัปดาห์
- 5.. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ      ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... <input type="checkbox"/> Pre-treatment <input type="checkbox"/> Post treatment .....weeks Date of the last IVlg.....							
Current medication <input type="checkbox"/> other drug ..... Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle inversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle eversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
FDI			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
ADM			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
APB			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				

FPL			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Deep tendon reflex	Rt	Lt					
Biceps			<input type="checkbox"/> improved	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> worsening		
Triceps			<input type="checkbox"/> improved	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> worsening		
Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> worsening		
Knee			<input type="checkbox"/> improved	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> worsening		
Ankle			<input type="checkbox"/> improved	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> worsening		