

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Lacosamide

ข้อบ่งใช้ ภาวะ refractory status epilepticus ที่ไม่ตอบสนองต่อยาชักพื้นฐานอย่างน้อย 3 ชนิด

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะ heart block และ long QT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ status epilepticus วันเดือนปีที่วินิจฉัย ..... /...../..... โดยที่มีอาการหรือผลการตรวจเพิ่มเติมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 3.1 มี generalized tonic-clonic seizure ระยะเวลาเกินกว่า 5 นาที <input type="checkbox"/> 3.2 มี focal seizure with impaired awareness ระยะเวลาเกินกว่า 10 นาที <input type="checkbox"/> 3.3 หากมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ควรพบ EEG seizure pattern ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการชัก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่ม Benzodiazepine โปรตระบุ..... ตามด้วยยาชักพื้นฐานอย่างน้อย 2 ชนิด โปรตระบุ (1). ..... (2). .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ขนาดยา Lacosamide ที่ขออนุมัติใช้ คือ .....มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 15-30 นาที ตามด้วยขนาด ..... มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งให้วันละสองครั้ง หมายเหตุ แนวทางกำกับการใช้ยากำหนดให้ใช้ในขนาดยา 5-10 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 200-400 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 15-30 นาที ตามด้วยขนาด 200-600 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งให้วันละสองครั้ง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ..... /..... /..... ถึง ..... /..... /..... (อนุมัติให้ใช้ยาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ..... /..... /.....