

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"/>			
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
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 ร่วมกับกรณีที่ยังไม่สามารถผ่าตัดได้หมด โดยมีระยะเวลาให้ยากจนกว่าจะได้รับการผ่าตัด			
<input type="radio"/> การให้ยาระหว่างรอการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการฉายแสงหลังผ่าตัดในกรณีที่ก่อนไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด หรือ ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้			
5. ผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับฮอร์โมนข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้			
<input type="radio"/> กรณีก่อนผ่าตัด มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติ			
<input type="radio"/> กรณีหลังผ่าตัด มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติที่ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

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"/>		
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 กรณีการใช้ยาก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ฮอร์โมนไทรอยด์เข้าสู่ภาวะปกติก่อนการผ่าตัด 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"/> ผู้ป่วยกรณีที่ยาหลังการผ่าตัดและรอผลการรักษาด้วยการฉายแสง หลังพิจารณาหยุดยา แล้วพบว่าระดับฮอร์โมนเริ่มมีความผิดปกติอีกครั้ง			
<input type="radio"/> อื่น ๆ โปรด (ระบุ)			
โปรดระบุผลทางห้องปฏิบัติการ วันเดือนปีที่ตรวจ / /			
ระดับ TSH	miU/L	ระดับ total T3	ng/dL
ระดับ free T3	pg/mL	ระดับ free T4	ng/dL
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

- | | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| 5. ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการผ่าตัด | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ภายหลังจากขออนุมัติยาครั้งแรก มีการปรับขนาดยาจากที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาหรือไม่ | | | |
| <input type="radio"/> ไม่มีการปรับขนาดยา <input type="radio"/> มีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น <input type="radio"/> มีการปรับขนาดยาลดลง | | | |
| ขนาดยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม | | | |
| หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม ซึ่งอาจมีขนาดยาที่แตกต่างจากที่ระบุ | | | |
| 7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... | | | |

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
 (.....)
 ๖.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ๖.....