

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา activated prothrombin complex concentrate (APCC)
ข้อบ่งใช้รักษาภาวะเลือดออก ในผู้ป่วย non-hemophiliacs ที่มีตัวยับยั้งต่อปัจจัยการแข็งตัวของเลือด
factors VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia)

(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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. เป็นโรค acquired hemophilia ที่มี factor VIII หรือ IX หรือ XI inhibitor \geq 5 Bethesda units	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้ โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ คือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> เลือดออกรุนแรงจนมี ความดันโลหิตตก หรือ ชีพจรเร็ว หรือ ต้องได้รับเม็ดเลือดแดง		
<input type="checkbox"/> เลือดออกในสมอง หรือ ไขสันหลัง		
<input type="checkbox"/> เลือดออกที่อาจอุดตันทางเดินหายใจ		
<input type="checkbox"/> เลือดออกในช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง หรือ retroperitoneum		
<input type="checkbox"/> เลือดออกในข้อหรือกล้ามเนื้อที่รุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาประคับประคอง (RICE: Rest, Ice, Compression และ Elevation)		
4. ขนาดยา APCC ที่ขออนุมัติใช้ ยูนิต แนะนำการใช้ APCC ขนาด 50 ยูนิต/กก./ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง รวมสูงสุดไม่เกิน 7 วัน		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....