

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา activated prothrombin complex concentrate (APCC)

ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มี high-titer inhibitor

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคฮีโมฟีเลีย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Hemophilia A <input type="checkbox"/> Hemophilia B		
3. ตรวจพบ factor inhibitor ตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> มีผลการตรวจ factor inhibitor ≥ 5 Bethesda units		
<input type="checkbox"/> มีผลการตรวจ factor inhibitor < 5 Bethesda units แต่ผู้ป่วยมีประวัติ factor inhibitor ≥ 5 Bethesda units มาก่อน		
<input type="checkbox"/> ไม่มีผลการตรวจ factor inhibitor แต่ผู้ป่วยมีประวัติ factor inhibitor ≥ 5 Bethesda units มาก่อน		
4. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้ โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 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)		
5. ขนาดยา APCC ที่ขออนุมัติใช้ ยูนิต		
แนะนำการใช้ APCC ขนาด 25-50 ยูนิต/กก./ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้น สามารถให้ซ้ำทุก 12-24 ชั่วโมงรวมสูงสุด 7 วัน		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....