

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bevacizumab

ข้อบ่งใช้

- ☐ 1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบวมจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration)
- ☐ 2. โรคจุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME)
- ☐ 3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal vein occlusion with macular edema)
- ☐ 4. โรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity: ROP)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม	9. สิทธิการรักษา ☐ สปสช.	☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

การขออนุมัติยาในการใช้ยาครั้งที่...../ปี

หมายเหตุ

- 1) โรค AMD ให้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 12 ครั้งต่อปี ของการรักษาโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง
- 2) โรค DME และ RVO ให้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี ของการรักษาโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง
- 3) โรค ROP ให้ยาได้ 1 ครั้ง จนกว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค

ข้อมูลทางคลินิก

ผลการวัดสายตา (visual acuity)

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../..... ตาซ้าย/..... pin hole...../..... Tension mm

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../..... ตาขวา/..... pin hole...../..... Tension mm

หมายเหตุ ผู้ป่วยโรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (ROP) ไม่ต้องระบุผลการวัดสายตา (visual acuity)

ข้อมูลประกอบการอนุมัติการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค	☐	☐
2.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค AMD, DME และ RVO	☐	☐
ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

2.1.1 ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคด้วยเครื่องใดเครื่องหนึ่งดังต่อไปนี้	☐	☐
☐ Fundus Fluorescein angiography (FFA) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....		
☐ Optical Coherence Tomography (OCT) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....		
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....		
2.1.2 มีผลการถ่ายภาพจอตามข้อ 2.1.1 ให้ตรวจสอบได้ในเวชระเบียน	☐	☐
2.1.3 มีระดับความสามารถในการมองเห็น (visual acuity) ตั้งแต่ 20/40 หรือต่ำกว่า	☐	☐
2.1.4 มี light perception	☐	☐
2.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ROP	☐	☐
ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
☐ 2.2.1 ตำแหน่งของโรค อยู่ที่ Zone I หรือ posterior zone II และความรุนแรงที่ระยะที่ 3 หรือมากกว่า โดยจะมีอาการแสดงของภาวะ plus disease ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้		
☐ 2.2.2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น high risk ROP ซึ่งสมควรได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ แต่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเลเซอร์ได้ หรือให้การรักษาด้วยเลเซอร์แล้วผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามประสงค์		
3. ผลการประเมินสุขภาพร่างกายโดยรวม สามารถทนต่อการฉีดยาเข้าในวุ้นตาได้	☐	☐
4. ขออนุมัติใช้ยาในตา		
☐ ซ้าย ขนาดยาที่ให้.....มิลลิกรัม ครั้งที่...../ ปี		
☐ ขวา ขนาดยาที่ให้.....มิลลิกรัม ครั้งที่...../ ปี		
หมายเหตุ		
1) โรค AMD, DME และ RVO ใช้ยา bevacizumab 1.25 มิลลิกรัม ฉีดเข้าวุ้นตา ทำการประเมินผลการรักษา และพิจารณาฉีดยาซ้ำในระยะเวลาไม่เร็วไปกว่า 4 สัปดาห์		
2) โรค ROP ใช้ยา bevacizumab 0.625 มิลลิกรัม ฉีดเข้าในวุ้นตา 1 ครั้ง		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....