

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Lacosamide

เงื่อนไข ภาวะ refractory status epilepticus ที่ไม่ตอบสนองต่อยาชักพื้นฐานอย่างน้อย 3 ชนิด

(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

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ผู้ป่วยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะ heart block และ long QT	☐	☐
3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ status epilepticus	☐	☐
วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....		
โดยที่มีอาการหรือผลการตรวจเพิ่มเติมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
☐ 3.1 มี generalized tonic-clonic seizure ระยะเวลาเกินกว่า 5 นาที		
☐ 3.2 มี focal seizure with impaired awareness ระยะเวลาเกินกว่า 10 นาที		
☐ 3.3 หากมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ควรพบ EEG seizure pattern ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการชัก		
4. ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่ม Benzodiazepine โปรตระบุ.....	☐	☐
ตามด้วยยากันชักพื้นฐานอย่างน้อย 2 ชนิด โปตระบุ (1). (2).		
5. ขนาดยา Lacosamide ที่ขออนุมัติใช้ คือมิลลิกรัม 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		
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....		
(อนุมัติให้ใช้ยาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

(.....)

ว.....

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....