

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน

ข้อบ่งใช้โรคอะโครเมกาเลีย (acromegaly)

(รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก วันที่/...../25.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

H code

HN

สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก

- ผู้ป่วย ไม่ อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค acromegaly โดย
 - มีอาการทางคลินิกที่เข้ากันได้กับโรค acromegaly ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - มีระดับ IGF -1 สูงกว่าค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - มีระดับต่ำสุดของ GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ในขณะทำ 75 g OGTT ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

- ☐ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและได้รับการฉายแสง
- ☐ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแต่มีข้อห้ามในการฉายแสง
- ☐ ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้

- ผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับฮอร์โมน ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

- ☐ ที่ 12 สัปดาห์หลังรักษาตามข้อ 3 พบระดับฮอร์โมน IGF-1 สูงกว่าค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน และมีระดับต่ำสุดของ GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรในขณะทำ 75 g OGTT
- ☐ ที่ 12 สัปดาห์หลังรักษาตามข้อ 3 พบระดับฮอร์โมน IGF-1 สูงกว่าค่าปกติ แต่ระดับต่ำสุดของ GH น้อยกว่า 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรในขณะทำ 75 g OGTT ให้ตรวจ IGF-1 ซ้ำที่ 24 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ถ้าระดับของ IGF-1 เมื่อตรวจซ้ำแล้ว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน สามารถพิจารณาให้ยาได้

- มีข้อห้ามทางคลินิกที่ทำให้ไม่สามารถทำการผ่าตัดซ้ำได้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน
ข้อบ่งใช้โรคอะโครเมกาเลีย (acromegaly)
 (รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

การขออนุมัติ ทุก 12 เดือน วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□
 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด / / อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
 H code HN
 สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
 ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นานต่อ ตามคำจำกัดความดังต่อไปนี้

กรณีขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่อง

1. ผู้ป่วย ไม่ อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ระดับ IGF-1 ไม่ อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ระบุค่า IGF-1 เท่ากับ
3. ระดับ random GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว
