

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา voriconazole รูปแบบรับประทาน
เงื่อนไข สำหรับการป้องกัน invasive fungal infection ในผู้ป่วย acute myeloid leukemia
ที่มีภาวะ neutropenia ตามหลังการได้เคมีบำบัด ระยะ induction

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก (อนุมัติให้ยา 14 วัน)

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.	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ ประกันสังคม
		☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด acute myeloid leukemia (AML) วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /	☐	☐
3. ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดแบบ induction		
4. มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (ANC) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร โปรดระบุจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (ANC) เท่ากับ.....เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	☐	☐
5. ยังไม่พบมีการติดเชื้อราุกราน (invasive fungal infection)	☐	☐
6. ขนาดยา voriconazole ที่ขออนุมัติใช้		
6.1 ขนาดยาผู้ป่วยผู้ใหญ่ และเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป		
วันแรก 400 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง		
☐ ขนาดยาในวันถัดไปของผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม คือ 200 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง		
☐ ขนาดยาในวันถัดไปของผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม คือ 100 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง		
6.2 ขนาดยาผู้ป่วยเด็กอายุ 2 –12 ปี		
☐ 9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (ใช้ไม่เกิน 350 มิลลิกรัม) ทุก 12 ชั่วโมง		
โปรดระบุขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัม		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....	☐	☐

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

(.....)

ว.....

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา voriconazole รูปแบบรับประทาน
 เจือจาง สำหรับการป้องกัน invasive fungal infection ในผู้ป่วย acute myeloid leukemia
 ที่มีภาวะ neutropenia ตามหลังการได้เคมีบำบัด ระยะ induction

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ (อนุมัติให้ยา 14 วัน)

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.	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ ประกันสังคม
		☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการป้องกันไม่เกิน 28 วัน วันเดือนปีที่ได้รับยา voriconazole ครั้งแรก / /		
3. ยา voriconazole ยังสามารถป้องกัน invasive fungal infection ได้ ยืนยันด้วยผลการประเมินด้านประสิทธิผลของการป้องกัน ด้วยการประเมินผู้ป่วยทุกวันหลังได้รับยาเปรียบเทียบกับก่อนให้ยา voriconazole ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ☐ ยืนยันด้วยผลการประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิกขึ้นกับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อราุกรานได้บ่อย ☐ ยืนยันด้วยผลการประเมินรอยโรคในภาพรังสีขึ้นกับตำแหน่งที่สงสัยว่ามีติดเชื้อ	☐	☐
4. โปรตีนจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (ANC) เท่ากับ.....เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร		
5. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา voriconazole	☐	☐
6. ขนาดยา voriconazole ที่ขออนุมัติใช้ 6.1 ขนาดยาผู้ป่วยผู้ใหญ่ และเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป วันแรก 400 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง ☐ ขนาดยาในวันถัดไปของผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม คือ 200 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง ☐ ขนาดยาในวันถัดไปของผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม คือ 100 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง 6.2 ขนาดยาผู้ป่วยเด็กอายุ 2 -12 ปี ☐ 9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (ใช้ไม่เกิน 350 มิลลิกรัม) ทุก 12 ชั่วโมง โปรตีนขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัม		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....