

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุตามบัญชียา
หลังแห่งชาติ)

วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล

...../...../25.....

ชื่อ.....สกุล.....

อายุ.....ปี.....เดือน เลขที่ประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□

H code.....HN.....AN.....

สิทธิการเบิก ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ อื่นๆ

.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill

01. ថ្ងៃ

O'Notch

2. โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย

☐ ໄມ້ ☐ ມີ ລະບ

3. ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง) ☐ ปอด ☐ ไชน์ส ☐ สมอ ☐

อื่นๆ (ระบุ).....

4. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค *invasive aspergillosis* ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง

ดังต่อไปนี้ ๐ใช่ ๐ไม่ใช่

4.1 ตรวจพบเชื้อรา แบบ dichotomous branching septate hyphae โดยการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อด้วยวิธีการ aseptic technique

4.2 เพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจาก

ตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ

ខែ

โอไมซ์

4.3 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด invasive fungal infection ร่วมกับอาการทางคลินิกที่เข้าได้โดยความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

ទំព័រ

โอไมซ์

- 4.3.1 ภาพ X-ray หรือ CT scan หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ
invasive pulmonary aspergillosis ร่วมกับมีข้อห้ามในการ เจาะ ดูด หรือ
ตัดชิ้นเนื้อ มาตรวจย้อมและเพาะเชื้อ ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
- 4.3.2 ตรวจพบ septate hyphae หรือเพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่ง
ตรวจที่เก็บด้วยวิธี aseptic technique ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
- ระบบส่งตรวจ วิธีการเก็บส่ง
ตรวจ
- 4.3.3 ผลตรวจ galactomannan ของเลือด หรือ น้ำ bronchoalveolar lavage
ให้ผลบวก ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
- ระบบ ส่งตรวจ ☐ เลือด ค่าผลการตรวจ
galactomannan
☐ น้ำ bronchoalveolar lavage (BAL) ค่าผลการตรวจ
galactomannan
5. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp., หรือ
Scedosporium (*Pseudallescheria*) spp. ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
☐ใช่ ☐ไม่ใช่
- 5.1 ตรวจพบสายรา septate hyphae และมีการทำลายเนื้อเยื่อร่วมด้วยจาก
☐ใช่ ☐ไม่ใช่
การตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อ
- 5.2 ตรวจพบสายราจากการตรวจย้อมสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการเจาะดูดจากตำแหน่ง
☐ใช่ ☐ไม่ใช่
ที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อมาด้วยวิธีการ
aseptic technique และเพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp, หรือ *Scedosporium*
(*Pseudallescheria*) spp.
- 5.3 เพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*)
spp.จากเลือด ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
6. รูปแบบของยา voriconazole ที่ต้องการใช้ ☐ ชนิด กิน ☐ ชนิด ฉีด
ขนาดยาต่อวันมก.

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
กองทุนฯ กำหนด

สำหรับผู้อนุมัติตามที่

ลงชื่อ
☐ไม่อนุมัติ

อนุมัติ

ชื่อ (.....)
.....

สง

ว
(.....)

ว

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Voriconazole
ข้อบ่งใช้ใน invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ
***Fusarium* spp.,**
Scedosporium (Pseudallescheria) spp.

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุตามบัญชียา
หลังแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่ 2, 3, 4 อนุมัติยา 28 วันและกรณีหยุดการใช้ยา ให้
กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล

...../...../25.....

ชื่อ..... สกุล.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ.....ปี.....เดือน

เลขที่ประจำตัวประชาชน

□□□□□□□□□□□□□□ Hcode..... HN..... AN.....

สิทธิการเบิก ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

1. อาการทางคลินิกดีขึ้นและ/หรือรอยโรคในภาพรังสีดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ ตาม
เป้าหมาย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาค้างแรก/...../25.....

2. ลักษณะผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์ในการยุติการใช้ยา voriconazole

☐ ใช่ (เลือกข้อ 2.1-2.7 อย่างน้อยหนึ่งข้อ) ☐ ไม่ใช่

☐ 2.1 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ และครบระยะเวลาการรักษาแล้ว

☐ 2.2 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

☐ 2.2.1 อาการทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติ
มากขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือผลเพาะเชื้อในเลือด
หรือสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อขึ้นเชื้อต่อเนื่อง

☐ 2.2.2 ทราบว่าเชื้อดื้อต่อยา voriconazole จากผลเพาะเชื้อ

☐ 2.3 ไม่มีผลการตรวจ CT หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive
aspergillosis และ ผลการตรวจ galactomannan เป็นลบ

☐ 2.4 สามารถใช้ยาต้านเชื้อราชนิดอื่นในการรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า

☐ 2.5 ไม่ใช่โรคติดเชื้อจาก *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp. หรือ
Scedosporium (Pseudallescheria) spp.

☐ 2.6 มีผลข้างเคียงจากยา voriconazole ระดับ 3-4

ระบุผลข้างเคียง ☐ ผื่นแพ้ยา ☐ ตับอักเสบ

☐ การมองเห็นผิดปกติ ☐ อื่นๆ

.....

- ☐ 2.7 สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
3. รูปแบบของยา voriconazole ที่ต้องการใช้ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)
- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| ☐ ชนิด กิน | ขนาดยาต่อวันมก. |
| ☐ ชนิด ฉีด | ขนาดยาต่อวันมก. |

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
กองทุนฯ กำหนด

สำหรับผู้อนุมัติตามที่

ลงชื่อ
O ไม่อนุมัติ

O อนุมัติ

(.....) ลง
ชื่อ

ว
(.....)

ว