

- 3.1 กรณีผู้ป่วยอายุ 2-6 ปี ○ ใช่
 ○ ไม่ใช่
 มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
- 3.1.1 serum ferritin มากกว่า 1000 ng/mL ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง**
 ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
- 3.1.2 Liver Iron Concentration (LIC) จากการผ่าตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) หรือ
 ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 MRI เกิน 7 mg ต่อกรัมของน้ำหนักเนื้อตับแห้ง พร้อมแนบหลักฐานประกอบ
 **วัดห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน
- 3.2 กรณีอายุมากกว่า 6 ปี ○ ใช่
 ○ ไม่ใช่
- ผู้ป่วยสมควรได้รับ deferasirox ด้วยเหตุผลข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
- 3.2.1 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก deferiprone ตามสาเหตุข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
- (1) มีอาการแพ้ยา deferiprone ระบุรายละเอียดอาการ
 แพ้.....
- (2) ผลตรวจ ALT หรือ AST มากกว่า 2.5 เท่าของ upper limit ของค่าปกติ
 ระบุผลตรวจ ALTU และ/หรือ ASTU
- (3) มีภาวะ neutropenia (absolute neutrophil count)/μL และเกิด
 ซ้ำหลังจาก rechallenge
- (4) มีภาวะ severe neutropenia (absolute neutrophil count) /μL
- (5) มี severe arthropathy โปรดระบุ
 รายละเอียด.....
 จนต้องหยุดยา และเกิดซ้ำอีกหลังจาก rechallenge
- (6) มีภาวะ intolerance ต่อการให้ยา deferiprone โดยมีผลข้างเคียงจากการใช้
 ยา deferiprone
 โดยประเมินแล้วพบว่ามีความรุนแรง grade..... และเกิดซ้ำอีก
 หลังจาก rechallenge
 หมายเหตุ: ความรุนแรงประเมินตาม CTCAE ตั้งแต่ grade 3 ขึ้นไปไม่ต้อง
 rechallenge
- ทุกข้อ (1) ถึง (6) ต้องผ่านการประเมินและยืนยันโดยระบบ Adverse Drug Reactions
 ของสถานพยาบาลแล้ว
 (CTCAE = Common Terminology Criteria for Adverse Events)
- 3.2.2 ใช้ deferiprone แล้วล้มเหลว ตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้
 ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
- (1) ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา deferiprone
- (2) มีการใช้ยา deferiprone ในขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทนได้หรือถึงระดับ
 100 mg/kg/day
 ระบุขนาดยาที่ใช้ล่าสุด.....mg/kg/day

☐ (3) มีระดับ serum ferritin > 2500ng/mL โดยระดับ serum ferritin ไม่ลดลง หรือเพิ่มขึ้น

หลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี หรือ ลดลงไม่ถึง 15% จากค่าเริ่มต้นหลังรับยาไป แล้วเป็นเวลา 2 ปี

ระยะเวลาที่ได้ยา deferiprone.....ปี.....เดือน

ระดับ serum ferritin เริ่มต้น ng/mL วันที่

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

ระดับ serum ferritin ล่าสุด ng/mL วันที่

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

serum ferritin ที่ลดลงคิดเป็น%

4. ขนาดยา deferasirox ที่จะใช้มิลลิกรัม/วันคิดเป็น.....เม็ด/วัน
(ขนาดยาที่แนะนำ เริ่มต้น 20 mg/kg/day สามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นครั้งละ 5-10 mg/kg/day ทุก 3-6 เดือนขนาดยาสูงสุด 40 mg/kg/day)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ

กำหนด

ลงชื่อ

○ อนุมัติ

○ ไม่อนุมัติ

(.....)

ลง

ชื่อ

ว
(.....)

ว

แบบฟอร์มขออนุมัติให้ยา deferasirox ต่อเนื่อง
ข้อบ่งใช้ธาลัสซีเมีย (transfusion dependence)
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติการใช้ยา ปีที่ ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ ระบุ

วันที่เริ่มอนุมัติให้ใช้ deferasirox...../...../25.....

วันเดือนปีที่กรอกข้อมูล...../...../25.....

ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....สกุล.....

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. HN..... 4. AN..... 5. รหัสโรงพยาบาล.....

6. เลขที่ประจำตัวประชาชน

7. วันเดือนปีเกิด/...../..... 8. อายุ.....ปี.....เดือน.....

9. สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ

10. น้ำหนักตัว กิโลกรัม 11. ส่วนสูง เซนติเมตร

ข้อมูลทางคลินิก

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminal ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การมองเห็น	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ:.....	วันที่...../...../25.....
การได้ยิน	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ:	วันที่...../...../25.....

การตรวจ	ผลการตรวจ	วันที่ส่งตรวจ
creatinine	mg/dL	/...../25.....
AST	 U/L	/...../25.....
ALT	 U/L	/...../25.....
Absolute neutrophil count	 / μ L	/...../25.....
serum ferritin	 ng/mL	/...../25.....

3. ขนาดยา deferasirox ที่ใช้ล่าสุดมิลลิกรัม/วัน คิดเป็น.....เม็ด/วัน

4. ได้รับยา deferasirox มาแล้วเป็นเวลา.....ปี.....เดือน
ระดับ serum ferritin เริ่มต้น..... ng/mL วันที่/...../25.....
serum ferritin ที่ลดลงคิดเป็น%

5. ผู้ป่วยสมควรได้รับยาต่อเนื่อง โดยเหตุผลข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ระดับ serum ferritin ลดลงหรือ ไม่เพิ่มขึ้นหลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี
○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 - ระดับ serum ferritin ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 15% จากค่าเริ่มต้น
○ ใช่ ○ ไม่ใช่
- หลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 2 ปี

หมายเหตุ ระดับ serum ferritin ลดเหลือต่ำกว่า 500 ng/mL ให้พิจารณาลดขนาดยา
และหยุดยาหากระดับ serum ferritin ลดเหลือต่ำกว่า 300 ng/mL และ
สามารถเริ่มใช้ยา deferasirox ได้ใหม่หาก serum ferritin มากกว่า 500
ng/mL

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
กำหนด

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ

ลงชื่อ

อนุมัติ

○ ไม่อนุมัติ

(.....)

ลง

ชื่อ

ว

(.....)

ว