

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin

ข้อบ่งใช้ โรคคอบิด (cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล
2. HN
3. AN
4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
6. วันเดือนปีเกิด/...../.....
7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน
9. รหัสโรงพยาบาล
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
11. authorization number

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	☐	☐
3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรดระบุรายละเอียดการรักษา)	☐	☐
4. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป	☐	☐
5. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 50-150 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) ☐ Dysport® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 250-500 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา)		

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 4. ☒ ใช่ และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. การรักษาคั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน วันเดือนปีที่ให้ยาคั้งแรก/...../.....	☐	☐
3. ระบุผลการรักษาคั้งก่อน ความรุนแรงของอาการบิดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณคอดีขึ้น% และอาการปวดลดลง%		
4. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต ☐ Dysport® ยูนิต ขนาดยาสะสม ☐ Botox® ยูนิต (ไม่เกิน 300 ยูนิต/ปี) ☐ Dysport® ยูนิต (ไม่เกิน 1,000 ยูนิต/ปี)		

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ค. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สาม

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

การใช้ยาค้างนี้เป็นครั้งที่

แพทย์

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาซึ่งสมควรให้ยาต่อไป	☐	☐
3. การรักษาค้างนี้ห่างจากครั้งก่อนนานกว่า 3 เดือน	☐	☐
วันเดือนปีที่ให้ยาค้างก่อน/...../.....		
4. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox [®] ยูนิต ☐ Dysport [®] ยูนิต		
ขนาดยาสะสม ☐ Botox [®] ยูนิต (ไม่เกิน 300 ยูนิต/ปี)		
☐ Dysport [®] ยูนิต (ไม่เกิน 1,000 ยูนิต/ปี)		

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....