

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin

ข้อบ่งใช้ โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา																			
ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก																			
วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....																			
แพทย์	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 85%;"></th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">ใช่</th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">ไม่ใช่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรดระบุรายละเอียดการรักษา)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>4. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>5. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 15-30 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) ☐ Dysport® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 60-120 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		ใช่	ไม่ใช่	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐	2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	☐	☐	3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรดระบุรายละเอียดการรักษา)	☐	☐	4. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป	☐	☐	5. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 15-30 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) ☐ Dysport® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 60-120 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา)		
	ใช่	ไม่ใช่																	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐																	
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	☐	☐																	
3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรดระบุรายละเอียดการรักษา)	☐	☐																	
4. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป	☐	☐																	
5. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 15-30 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา) ☐ Dysport® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำคือ 60-120 ยูนิต ต่อ 1 ครั้งการรักษา)																			
สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 4. ☒ ใช่ และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์																			
ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่สอง																			
วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....																			
แพทย์	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 85%;"></th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">ใช่</th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">ไม่ใช่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>2. การรักษารั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก/...../.....</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>3. ระบุผลการรักษา (peak improvement ที่ 6 สัปดาห์) ความรุนแรงของอาการกระตุกที่ใบหน้าดีขึ้น%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต ☐ Dysport® ยูนิต ขนาดยาสะสม ☐ Botox® ยูนิต (ไม่เกิน 100 ยูนิต/ปี) ☐ Dysport® ยูนิต (ไม่เกิน 400 ยูนิต/ปี)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		ใช่	ไม่ใช่	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐	2. การรักษารั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก/...../.....	☐	☐	3. ระบุผลการรักษา (peak improvement ที่ 6 สัปดาห์) ความรุนแรงของอาการกระตุกที่ใบหน้าดีขึ้น%			4. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต ☐ Dysport® ยูนิต ขนาดยาสะสม ☐ Botox® ยูนิต (ไม่เกิน 100 ยูนิต/ปี) ☐ Dysport® ยูนิต (ไม่เกิน 400 ยูนิต/ปี)					
	ใช่	ไม่ใช่																	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐																	
2. การรักษารั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก/...../.....	☐	☐																	
3. ระบุผลการรักษา (peak improvement ที่ 6 สัปดาห์) ความรุนแรงของอาการกระตุกที่ใบหน้าดีขึ้น%																			
4. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox® ยูนิต ☐ Dysport® ยูนิต ขนาดยาสะสม ☐ Botox® ยูนิต (ไม่เกิน 100 ยูนิต/ปี) ☐ Dysport® ยูนิต (ไม่เกิน 400 ยูนิต/ปี)																			
สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์																			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ค. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สาม

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

การใช้ยาดังนี้เป็นครั้งที่

แพทย์

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | ☐ | ☐ |
| 2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาซึ่งสมควรให้ยาต่อไป
วันเดือนปีที่ให้ยาดังก่อน/...../..... | ☐ | ☐ |
| 3. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อนนานกว่า 3 เดือน | ☐ | ☐ |
| 4. ขนาดยาที่ใช้ ☐ Botox [®] ยูนิต ☐ Dysport [®] ยูนิต
ขนาดยาสะสม ☐ Botox [®] ยูนิต (ไม่เกิน 100 ยูนิต/ปี)
☐ Dysport [®] ยูนิต (ไม่เกิน 400 ยูนิต/ปี) | | |

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

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....