

แบบฟอร์มอนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin

ข้อบ่งใช้ spasmodic dysphonia

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

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.....

ข้อมูลทางคลินิก

1. ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย วันที่/...../.....
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น spasmodic dysphonia ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4. ไม่มีผลความผิดปกติของสายเสียงจากภาวะอื่น ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5. ขนาดยา botulinum A toxin ที่ใช้เริ่มต้น
ระบุชื่อการค้า ☐ Botox® ☐ Dysport®
ขนาดยาเริ่มต้น ≤ 30 unit / ครั้ง ≤ 120 unit / ครั้ง
ขนาดยาสะสม ≤ 120 unit / ปี ≤ 480 unit / ปี
ความถี่ของการให้ยา ประมาณ 3 เดือน/ครั้ง ประมาณ 3 เดือน/ครั้ง
6. แผนการให้ยาค้างที่ 2 วันที่/...../.....
7. แผนการให้ยาค้างที่ 3 วันที่/...../.....

หมายเหตุ ให้ประเมินภายในเวลา 2-3 สัปดาห์หลังจากฉีดยาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป การประเมินเป็นแบบ subjective assessment โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างน้อย 30% ของผลประเมินก่อนการรักษา ให้ผู้ป่วยประเมินเองว่าดีขึ้นอย่างน้อยเพียงใดเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา โดยอาจวัดเป็นร้อยละหรือวัดด้วย visual analogue scale

การประเมินหลังจากฉีดยาในครั้งที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินเพื่อปรับขนาดยา การประเมินหลังจากการให้ยาค้างที่ 3 เป็นต้นไป จะเป็นการประเมินเพื่อให้ยาต่อหรือหยุดให้ยา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ว.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
วันที่/...../.....

แบบฟอร์มอนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin ต่อเนื่อง

ข้อบ่งใช้ spasmodic dysphonia

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติการใช้ยา ครั้งที่ ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ ระบุ

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. สหิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลทางคลินิก

1. ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ขนาดยา botulinum A toxin ที่ใช้

ระบุชื่อการค้า

☐ Botox®

☐ Dysport®

ขนาดยาสะสมล่าสุด

..... unit / ปี

..... unit / ปี

ขนาดยาครั้งล่าสุด

..... unit / ครั้ง

..... unit / ครั้ง

วันที่ให้ยาครั้งล่าสุด

...../...../.....

...../...../.....

ผลการประเมินผู้ป่วย

☐ ดีขึ้น %

☐ ดีขึ้น %

☐ เท่าเดิม / แย่ลง

☐ เท่าเดิม / แย่ลง

วันที่ประเมินผู้ป่วย

...../...../.....

...../...../.....

ความถี่ของการให้ยา

ประมาณ 3 เดือน/ครั้ง

ประมาณ 3 เดือน/ครั้ง

3. แผนการให้ยา จะให้ทุก เดือน

หมายเหตุ หลังจากให้ยาครบ 3 ครั้ง แล้วประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อ 6 พบว่าได้ผลน้อยกว่า 30% ของผลการประเมินก่อนการให้ยาครั้งแรก หากผลการประเมินได้ผลน้อยกว่า 30% สองครั้งติดต่อกัน ให้หยุดยา และพิจารณาการรักษาในแนวทางอื่น

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ว.....

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

.....

(.....)

วันที่/...../.....