

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอน
ของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- AN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number
- น้ำหนักตัว กิโลกรัม
- ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

แพทย์

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | ☐ | ☐ |
| 2. ไม่เป็นผู้ป่วยเด็ก (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วยเด็ก) | ☐ | ☐ |
| 3. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้
วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../..... | ☐ | ☐ |
| 4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ | | |
| A มีอาการแสดงของภาวะโลหิตจางและดีซ่าน | ☐ | ☐ |
| B ตรวจสเมียร์เลือด พบลักษณะของ hemolytic anemia
โดยมี ☐ spherocytosis ☐ polychromasia และ ☐ nucleated red blood cell
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | ☐ | ☐ |
| C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นสอดคล้องกับภาวะ hemolytic anemia
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | | |
| 1) direct Coombs' test ให้ผลบวก | ☐ | ☐ |
| 2) มีการเพิ่มขึ้นของ reticulocyte count
ระบุจำนวนนับของ reticulocyte (absolute reticulocyte count)
...../ไม่โครลิตร | ☐ | ☐ |
| 3) ตรวจพบ bilirubin ในปัสสาวะ | ☐ | ☐ |
| D ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว | ☐ | ☐ |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่

5. มีเงื่อนไขการใช้ยาครบถ้วนตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid

วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroid/...../.....

ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ให้ยา

F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะช็อค ได้แก่

☐ unstable angina ☐ myocardial infarction ☐ heart failure ☐ stroke

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา วัน

ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

(ขนาดยาที่แนะนำคือ 400-500 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4-5 วัน หรือ 1 กรัม

ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 4. ☒ ใช่ทุกข้อ 5. ☒ ใช่ทุกข้อ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. ผลการรักษา

ก่อนให้ IVIG Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

หลังให้ IVIG 3 วัน Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

8. หากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโปรดระบุรายละเอียด

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

(กก/กญ.....)

วันที่/...../.....