

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIg) ข้อบ่งใช้ Guillain-Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้		
2.1 ลักษณะทางคลินิก		
A มี Weakness of both arms and legs	☐	☐
B มี Absent or depressed deep tendon reflexes	☐	☐
C มีอาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์	☐	☐
D อาการอ่อนแรงมีลักษณะค่อนข้าง symmetry	☐	☐
E มี Sensory symptoms and signs	☐	☐
F มี Cranial nerve involvement esp. bilateral facial palsy, LMN type	☐	☐
G Recovery beginning two to four weeks after progression ceases	☐	☐
H มี Autonomic dysfunction	☐	☐
I มี Absence of fever at onset	☐	☐
J มี Severity of weakness: distal $\geq$ proximal	☐	☐
2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
K มีอาการหายใจล้มเหลว	☐	☐
I มี severe weakness	☐	☐

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่, 2.1 ข้อ A, B, C, ครบทุกข้อตอบว่า ☒ ใช่ และ 2.2 ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่

3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้

3.1 ผลการตรวจ CSF พบ Elevated cerebrospinal fluid protein with <10 cells/ml

(sometimes a rise in protein content is not seen until the end of the second week of illness)

3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พบ Slow nerve conduction velocity

or conduction block, normal or small compound muscle action potentials, absent or prolonged F-waves, acute denervation or decreased recruitment/interference pattern (The findings depend on timing of electrodiagnostic test)

สำหรับผู้อนุมัติ 3.1 ☒ ใช่ และควรมีข้อ 3.2 ☒ ใช่

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIGทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ คือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่/...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

5. ทำการรักษา Plasma exchange (PE) ร่วมด้วยหรือไม่

สำหรับผู้อนุมัติ ไม่รักษาด้วยยา IVIG ร่วมกับ Plasma exchange

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

เกสัชกรผู้ตรวจสอบ

(ภก/ภญ.....)

วันที่/...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม

ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่/...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

(ภก/ภญ.....)

วันที่/...../.....