

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา ☐ สปสช.	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ ประกันสังคม
		☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)	☐	☐
วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /		
โดยมีการยืนยันด้วยเกณฑ์อย่างน้อย 4 ข้อ ใน 7 ข้อดังต่อไปนี้		
☐ 2.1 มีไข้		
☐ 2.2 ม้ามโต		
2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines (โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้)		
☐ 2.2.1 Hemoglobin < 9 กรัม/เดซิลิตร (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 กรัม/เดซิลิตร)		
☐ 2.2.2 Absolute neutrophil < 1,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร		
☐ 2.2.3 Platelet < 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร		
☐ 2.4 มีการตรวจพบ hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อม้ำเหลือง		
☐ 2.5 Fasting triglyceride > 265 mg/dL		
และ/หรือ Fibrinogen < 1.5 กรัม/ลิตร		
☐ 2.6 Serum ferritin > 500 ไมโครกรัม/ลิตร		
☐ 2.7 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2,400 หน่วย/มิลลิลิตร (U/mL) หรือ Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี		
3. ผู้ป่วยมีอาการสงสัย HLH ร่วมกับมีผลการตรวจ genetic testing ที่เข้าได้กับการวินิจฉัยเป็น familial HLH	☐	☐
ให้สามารถใช้งานได้ โดยไม่ต้องผ่านเกณฑ์ 2		
4. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้รวม กรัม แบ่งให้ในระยะเวลา.....วัน		
หมายเหตุ ขนาดยารวม (total dose) 2 กรัมต่อกิโลกรัม แบ่งให้ในระยะเวลา 2-5 วัน		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ใช่ ไม่ใช่

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....