

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin
ข้อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

		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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN) วันเดือนปีที่วินิจฉัย / / โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้		
2.1 ลักษณะทางคลินิกหลัก (ต้องมีทั้ง 3 ข้อ)	☐	☐
☐ A. อาการอ่อนแรงของแขนหรือขาแบบไม่สมมาตร (asymmetric limb weakness) โดยมีความผิดปกติของ motor nerve อย่างน้อย 2 เส้น		
☐ B. ไม่มีอาการสูญเสียความรู้สึก (no sensory loss) ยกเว้นเสียความรู้สึกต่อการสั่น แบบไม่รุนแรงที่เท้า (minor vibration sense abnormalities)		
☐ C. อาการอ่อนแรงเป็นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive) ในเวลาอย่างน้อย 1 เดือน		
2.2 Exclusion criteria (ต้องไม่มีทั้ง 3 ข้อ)	☐	☐
☐ A. Upper motor neuron signs		
☐ B. Marked bulbar involvement		
☐ C. Diffuse symmetric weakness during the initial weeks		
2.3 ผลการตรวจ Electrophysiological features เข้าได้กับ Definite motor conduction block	☐	☐
โดยเป็นข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
☐ Definite motor CB		
☐ Probable motor CB		
☐ Probable motor CB with supportive criteria		
โดยระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันดังเอกสารแนบ		

6. ขนาดยา Induction IVIG ที่แนะนำ คือ
IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์
จำนวน 3 ครั้งแล้วประเมินการตอบสนอง
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา Induction IVIG เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... ☐ Pre-treatment ☐ Post treatmentweeks Date of the last IVlg.....							
Current medication ☐ other drug Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Brachioradialis			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle inversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle eversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
FDI			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
ADM			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
APB			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
FPL			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				

Deep tendon reflex	Rt	Lt	
Biceps			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Triceps			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Brachioradialis			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Knee			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Ankle			☐ improved ☐ stable ☐ worsening

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin
ข้อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

วัตถุประสงค์การใช้ยาต่อเนื่อง ☐ Induction IVIG ครั้งที่/6

☐ Maintenance IVIG

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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ผลการประเมินตามช่วงเวลา		
☐ ช่วง Induction ประเมินเดือนที่ 3		
☐ ช่วง Maintenance ประเมินทุก 3 เดือน		
ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา IVIG (IVIG responder ตามแนวทางกำกับการใช้ยา) ใช่หรือไม่	☐	☐
โปรดระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันตั้งเอกสารแนบท้าย		
หมายเหตุ		
- IVIG responder หมายถึง ผู้ป่วยที่มี motor strength เท่าเดิมหรือดีขึ้น (MRC scale เท่าเดิมหรือดีขึ้น) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVIG โดยที่ไม่มี motor strength แย่ลงใน muscle groups อื่นๆ		
- IVIG non-responder หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Motor strength แย่ลง อย่างน้อย 2 mRC scale ใน 2 muscle groups หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVIG โดยในขณะที่ประเมินผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วย IVIG ขนาด 2 g/kg แบ่งให้ 2-5 วัน ทุก 4 สัปดาห์ ต่อเนื่อง 3 รอบการรักษา (12 สัปดาห์)		
3. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	☐	☐
4. ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ คือ		
☐ ช่วง Induction: IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 3 ครั้ง		

☐ ช่วง Maintenance: IVIG ขนาด 1-2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4-12 สัปดาห์

5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... ☐ Pre-treatment ☐ Post treatmentweeks Date of the last IVlg.....							
Current medication ☐ other drug Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Brachioradialis			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle inversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle eversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
FDI			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
ADM			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
APB			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
FPL			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Deep tendon reflex	Rt	Lt					
Biceps			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				

Triceps			☐ improved	☐ stable	☐ worsening
Brachioradialis			☐ improved	☐ stable	☐ worsening
Knee			☐ improved	☐ stable	☐ worsening
Ankle			☐ improved	☐ stable	☐ worsening