

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ โรค idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- AN
- 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/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | ☐ | ☐ |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้ | | |
| A มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ | ☐ | ☐ |
| B มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ | ☐ | ☐ |
| วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | | |
| (peripheral blood smear และ bone marrow examination) | | |
| C ไม่มีสาเหตุอื่นๆของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น | ☐ | ☐ |

กรณี absolute indication กรอกข้อ 3, 5 และ 6

กรณี relative indication กรอกข้อ 4, 5 และ 6

3. กรณี absolute indication ผู้ป่วยเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| D มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร | ☐ | ☐ |
| ระบุจำนวนเกล็ดเลือด /ลูกบาศก์มิลลิเมตร | | |
| วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | | |
| E มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต | ☐ | ☐ |
| ระบุตำแหน่งเลือดออกในอวัยวะสำคัญ | | |
| ☐ สมอง ☐ ปอด ☐ ช่องท้อง ☐ อื่นๆ ระบุ | | |
| F ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน เช่น anti-Rho (D) immune globulin, | ☐ | ☐ |
| เกล็ดเลือดและคอร์ติโคสเตรอยด์ | | |
| วันเดือนปีที่เริ่มให้คอร์ติโคสเตรอยด์/...../..... | | |

ใช่ ไม่ใช่

3. F ระบุชื่อยา
ระบุขนาดยา มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน
ระบุจำนวนเกล็ดเลือดภายหลังการให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

4. กรณี relative indication เป็นการให้ยาในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค acute ITP ที่จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม

G	มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	☐	☐
H	ได้รับ คอร์ติโคสเตียรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้	☐	☐

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้น้ำหนักตัวไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

น้ำหนักตัว กิโลกรัม (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2-5 วัน หรือ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม. ให้ยาซ้ำครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังให้ยาครั้งแรก)
วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ให้น้ำหนักตัว วัน
ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี absolute indication คือ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ทุกข้อ 3. ☒ ใช่ทุกข้อ และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
กรณี relative indication คือ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ทุกข้อ 4. ☒ ใช่ทุกข้อ และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

6. ผลการรักษา

6.1 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา (โปรดระบุรายละเอียด)	☐	☐
6.2 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ระบุจำนวนเกล็ดเลือดหลังให้ยา /ลูกบาศก์มิลลิเมตร วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... (ควรตรวจหลังให้ยา IVIG 3 วัน)	☐	☐

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

(ภก/ภญ.....)

วันที่/...../.....