

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN
4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม	3. AN
☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ	
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../.....
	7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	11. authorization number
12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม	13. ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		
วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....		
	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	☐	☐
3. ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบ		
3.1 ต้องมีการหายใจล้มเหลวซึ่งมีสาเหตุจากกะบังลมหรือกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงอ่อนแรง	☐	☐
3.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
A มีหนังตาตก เห็นภาพซ้อน หรือการกลอกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance)	☐	☐
B มีอาการเกี่ยวกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซีก (facial palsy, bulbar weakness)	☐	☐
C มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness	☐	☐
D มี fluctuation of weakness	☐	☐
สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3.1 ☒ ใช่ และ 3.2 ☒ ใช่ (ข้อ A, B, C, D อย่างน้อย 1 ข้อ)		
3.3 ผลทางปฏิบัติการหรือประวัติการวินิจฉัย MG		
E มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายแรง (MG)	☐	☐
F Prostigmine test (ระบุผล)	☐	☐
G Repetitive nerve stimulation test (ระบุผล)	☐	☐
H Single-fiber electromyography (SFEMG) (ระบุผล)	☐	☐
สำหรับผู้อนุมัติ E ☒ ใช่ หรือ มีผลข้อ F, G หรือ H ข้อใดข้อหนึ่งให้ผลบวก		

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/...../.....