

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง
และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน

(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. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pemphigus vulgaris โดยมีพื้นที่ผื่น (body surface area involvement) % มีอาการทางคลินิก คือ | | |
| 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ | | |
| 3.1 histopathology (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 3.2 direct immunofluorescence study (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 3.3 indirect immunofluorescence study (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 3.4 enzyme link immunosorbent assay (ELISA) for desmoglein 1 และ 3 (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 4. ประวัติผู้ป่วยก่อนใช้ยา IVIG | | |
| 4.1 ได้รับยา steroid คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน
ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| 4.2 ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน
ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| 4.3 ยาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคนี้ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน
ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| 4.4 เหตุผลที่หยุดยากดภูมิคุ้มกัน | | |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. มากกว่า 30% 3. ☒ ใช่ข้อใดข้อหนึ่ง

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน

วันที่ให้ยา/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

.....

เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

(ภก/ภญ.....)

วันที่/...../.....