

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases)

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- AN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- 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. ผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย PID ชนิด | | |
| (ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006) | | |
| 3. ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย | | |
| 3.1 ผู้ป่วยมาด้วยอาการติดเชื้อในระบบ | | |
| 3.1.1 เคยได้รับ IVIG มาก่อน | ☐ | ☐ |
| เคยได้รับ IVIG ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่/...../..... | | |
| 3.1.2 ส่งตรวจ IgG trough level | ☐ | ☐ |
| ผล IgG มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อวันที่/...../..... | | |
| 3.1.3 เคยได้รับ blood transfusion | ☐ | ☐ |
| เคยได้รับ blood transfusion ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่/...../..... | | |
| 3.1.4 เป็นการรักษาในกรณี | | |
| ☐ Emergency (life-threatening) | | |
| ☐ Regular treatment | | |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ) | | |

3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต้องกรอกในกรณีที่เป็นการให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรตระวันที่ทำการตรวจ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....
3.2.1 Complete blood count (CBC)		
3.2.2 Quantitative serum immunobulin (IgG, IgA, IgM and IgE) levels	IgG (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgM (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgA (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) IgE (IU/mL)	
3.2.3 B-cell, T-cell function		
3.2.4 การตรวจพันธุกรรม		
3.2.5 อื่นๆ (ระบุ)		

4. ขนาดและวิธีการให้ยา

ชื่อการค้าของยา IVIG
 น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน
 คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ชั่วโมง
 (ขนาดยาที่แนะนำคือ ครั้งละ 400-600 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 2-4 สัปดาห์ จากนั้นปรับระดับให้ IgG trough level มากกว่า 500 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ ให้มากกว่า 800 มิลลิกรัม/เดซิลิตร กรณีที่มี bronchiectasis หรือการติดเชื้อที่รุนแรง)

5. มี Premedication ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยาที่สั่งใช้
Antihistamine		
Antipyretic		
Corticosteroid		
อื่นๆ (ระบุ)		

อาการไม่พึงประสงค์

☐ ไม่มี ☐ ผื่น ☐ ไข้ ☐ ปวดหรือเวียนศีรษะ ☐ ความดันโลหิตต่ำ

ควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแพ้ยาอย่างใกล้ชิด

สำหรับผู้อนุมัติ กรณีการขออนุมัติเป็นครั้งแรก

1. ☒ ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 3.2 มีผลการตรวจ CBC, IgG, IgA, IgM และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
 กรณีการได้รับยาต่อเนื่อง
 1. ☒ ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

.....
เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

(ภก/ภญ.....)

วันที่/...../.....