

# แบบฟอร์มประกอบการสั่งใช้ยาในกลุ่ม Incretin-based therapy

## ที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ยา Liraglutide 6 mg/ml in 3 ml (Victoza®)

### ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย ..... HN ..... อายุ ..... ปี

สิทธิการรักษา  เบิกได้ สวัสดิการข้าราชการ  อื่นๆ .....

Diagnosis.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI).....kg/m<sup>2</sup> HbA1c.....%

### หมายเหตุ

- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอ่อนอักเสบ และ medullary thyroid carcinoma หรือผู้ที่มีประวัติครอบครัวที่มีความเสี่ยง
- ห้ามใช้ยานี้ร่วมกับยา DPP-4 inhibitors
- ห้ามใช้ใน eGFR < 30 ml/min/1.73 ม<sup>2</sup>
- ผู้สั่งใช้ต้องเป็นอายุรแพทย์เท่านั้น

### เหตุผลประกอบการใช้ยา

1. ใช้ในผู้ป่วยที่มี Establish ASCVD หรือมี cardiovascular risk factors อย่างน้อย 1 ข้อดังต่อไปนี้
- Hypertension (BP > 140/90 mmHg) or taking anti-hypertensive drug
  - Family history of premature coronary disease
  - Dyslipidemia or taking anti-hyperlipidemic drug
  - Chronic kidney disease
  - Presence of albuminuria
  - Current smoking
  - Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้: Coronary arterial disease, Stroke/TIA, PAD, History of heart failure
2. ใช้เป็นยา Combination therapy ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ HbA1c ยังมีค่า  $\geq 7.0$  % ในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 27 kg/m<sup>2</sup> และมีปัญหาสุขภาพจากโรคอ้วน
3. ใช้ต่อเมื่อมีการตอบสนองดี (HbA1c ลดจากเดิมอย่างน้อย 1 % และน้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อย 3 % เมื่อให้ยานาน 6 เดือน)

รบกวนขอข้อมูลที่สมบูรณ์ ได้แก่

1. ลายเซ็นแพทย์

2. เหตุผลการสั่งจ่ายยาที่สมบูรณ์

ขอบคุณค่ะ

.....  
( ..... )  
แพทย์ผู้สั่งใช้ยา (อายุรแพทย์เท่านั้น)  
วันที่ ...../...../.....