

# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease)

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

แพทย์

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล .....
2. HN .....
3. AN .....
4. สิทธิการเบิก  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  
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 .....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

วันเดือนปีที่ผู้ป่วยเริ่มมีใช้ ...../...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย ...../...../.....

- |  | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. เป็นการวินิจฉัยลักษณะใด<br><input type="checkbox"/> ครบตามเกณฑ์<br><input type="checkbox"/> ไม่ครบตามเกณฑ์ (incomplete Kawasaki disease)  |                       |                       |
| 4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้  |                       |                       |
| A มีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B1 เยื่อตาส่วนลูกตา (bulbar) แดงที่ตาทั้งสองข้างโดยไม่มีขี้ตา  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B2 มีผื่นผิวหนังลักษณะหลายรูปแบบ (polymorphous rash)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B3 คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ โดยมีขนาดโตกว่า 1.5 เซนติเมตร โดยคลำพบเพียงด้านใดด้านหนึ่งของลำคอ  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B4 มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและเยื่อช่องปาก โดยมี<br><input type="checkbox"/> ริมฝีปากแดง <input type="checkbox"/> มีรอยแยกที่ริมฝีปาก<br><input type="checkbox"/> ลิ้นเป็นตุ่มและมีสีแดงคล้ายผลสตอเบอร์รี่ <input type="checkbox"/> มีคอหอยแดงอย่างชัดเจน | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B5 มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณมือและเท้า โดยมี<br><input type="checkbox"/> ผ่ามือแดง <input type="checkbox"/> ผ่าเท้าแดง<br><input type="checkbox"/> มือบวม <input type="checkbox"/> เท้าบวม  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่    ไม่ใช่/  
ไม่ได้ตรวจ

5. ได้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย กรณี incomplete Kawasaki disease

D	มีค่า ESR $\geq 40$ มิลลิเมตร/ชั่วโมง และ/หรือ CRP $\geq 3$ มิลลิกรัม/เดซิลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E1	ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E2	WBC count $\geq 15,000$ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E3	มีภาวะโลหิตจาง (เมื่อเทียบกับอายุของผู้ป่วย)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E4	platelet count $\geq 450,000$ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ใช้มากกว่า 7 วัน)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E5	การตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว $\geq 10$ /HPF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E6	serum albumin $\leq 3$ กรัม/เดซิลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	ตรวจพบความผิดปกติของ echocardiogram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ ..... กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา ..... กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ..... ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน 4.8 มิลลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

**สำหรับผู้อนุมัติ** กรณี complete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

A  ใช่ B  ใช่ (อย่างน้อย 4 ข้อ) C  ใช่ และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

กรณี incomplete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

A  ใช่ B  ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C  ใช่ D  ใช่ E  ใช่ (อย่างน้อย 3 ข้อ)

และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หรือ

A  ใช่ B  ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C  ใช่ F  ใช่ และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ข. กรณีการขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. เป็นผู้ป่วยโรคคาวาซากิระยะเฉียบพลันที่ติดต่อการรักษาด้วย IVIG ในครั้งแรกและ		
2.1 ลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังคงเข้าได้กับโรคคาวาซากิ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 ยังตรวจไม่พบสาเหตุอื่นๆ ของไข้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 หลังจากการให้ IVIG dose แรกเสร็จสิ้นไปแล้วนานกว่า 36-48 ชั่วโมงผู้ป่วยยังคงมีไข้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. การให้ยาครั้งนี้เป็นการให้ยาครั้งที่ ..... (หมายเหตุ พิจารณาให้ IVIG ซ้ำเพียง 1 ครั้งเท่านั้น)		
การให้ยาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อน ..... ชั่วโมง		
4. การให้ยาครั้งก่อนไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการให้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ ..... กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา ..... กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ..... ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน 4.8 มิลลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

ข้าพเจ้าทราบว่าควรทำ echocardiogram ครั้งที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์ หลังเริ่มป่วย และควรทำ echocardiogram ซ้ำครั้งที่ 2 ภายใน 2 เดือน หลังเริ่มป่วย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....

# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIg) ข้อบ่งชี้ Guillain-Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ..... 2. HN .....
4. สิทธิการเบิก  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  
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 .....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งชี้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้		
2.1 ลักษณะทางคลินิก		
A มี Weakness of both arms and legs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B มี Absent or depressed deep tendon reflexes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C มีอาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D อาการอ่อนแรงมีลักษณะค่อนข้าง symmetry	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E มี Sensory symptoms and signs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F มี Cranial nerve involvement esp. bilateral facial palsy, LMN type	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G Recovery beginning two to four weeks after progression ceases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H มี Autonomic dysfunction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I มี Absence of fever at onset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J มี Severity of weakness: distal $\geq$ proximal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
K มีอาการหายใจล้มเหลว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L มี severe weakness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สำหรับผู้อนุมัติ 1.  ใช่, 2.1 ข้อ A, B, C, ครบทุกข้อตอบว่า  ใช่ และ 2.2  ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่      ไม่ใช่

3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้

3.1 ผลการตรวจ CSF พบ Elevated cerebrospinal fluid protein with <10 cells/ml (sometimes a rise in protein content is not seen until the end of the second week of illness)

    

3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พบ Slow nerve conduction velocity or conduction block, normal or small compound muscle action potentials, absent or prolonged F-waves, acute denervation or decreased recruitment/interference pattern (The findings depend on timing of electrodiagnostic test)

    

สำหรับผู้อนุมัติ 3.1  ใช่ และควรมีข้อ 3.2  ใช่

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยา IVIGทั้งหมดที่ใช้ ..... กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยาIVIGที่แนะนำ คือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ...../...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่ ...../...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

5. ทำการรักษา Plasma exchange (PE) ร่วมด้วยหรือไม่

    

สำหรับผู้อนุมัติ ไม่รักษาด้วยยา IVIG ร่วมกับ Plasma exchange

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....  
**ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา**  
 (.....)

.....  
**เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ**  
 วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....  
 (.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์

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



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่      ไม่ใช่

5. มีเงื่อนไขการใช้ยาครบถ้วนตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid

วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroid ...../...../.....

ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ให้ยา .....

F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะช็อค ได้แก่

unstable angina     myocardial infarction     heart failure     stroke

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา ...../...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา ..... วัน

ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้อยู่ที่ ..... กรัม คิดเป็นขนาดยา ..... กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

(ขนาดยาที่แนะนำคือ 400-500 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4-5 วัน หรือ 1 กรัม

ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน)

สำหรับผู้อนุมัติ 1.  ใช่ 2.  ใช่ 3.  ใช่ 4.  ใช่ทุกข้อ 5.  ใช่ทุกข้อ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. ผลการรักษา

ก่อนให้ IVIG Hemoglobin ..... กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit ..... %

วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....

หลังให้ IVIG 3 วัน Hemoglobin ..... กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit ..... %

วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....

8. หากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโปรดระบุรายละเอียด .....

แพทย์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....  
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา  
 (.....)

.....  
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ  
 วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....



# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ..... 2. HN .....
4. สิทธิการเบิก  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ  อื่นๆ ระบุ .....
3. AN .....
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. ชื่อ-นามสกุลของผู้ปกครอง .....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)  ใช่  ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HLH ต้องมีผลการตรวจร่างกายครบทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้
- 2.1 มีไข้ (Fever)  ใช่  ไม่ใช่
- 2.2 ม้ามโต (Splenomegaly)  ใช่  ไม่ใช่
- 2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines (โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้)
- 2.3.1 Hemoglobin < 9 กรัม/เดซิลิตร (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 กรัม/เดซิลิตร)  ใช่  ไม่ใช่
- 2.3.2 Absolute neutrophil < 1000/ไมโครลิตร  ใช่  ไม่ใช่
- 2.3.3 Platelet < 100,000/ไมโครลิตร  ใช่  ไม่ใช่
- 2.4 มีการตรวจพบ Hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อม้ำเหลือง  ใช่  ไม่ใช่
3. นอกจากนี้อาจมีการตรวจพบอื่นๆ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ได้แก่
- 3.1 Fasting triglyceride > 2 มิลลิโมล/ลิตร  ใช่  ไม่ใช่
- 3.2 Fibrinogen < 1.5 กรัม/ลิตร  ใช่  ไม่ใช่
- 3.3 Serum ferritin > 500 ไมโครกรัม/ลิตร  ใช่  ไม่ใช่
- 3.4 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2400 ยูนิต/มิลลิลิตร  ใช่  ไม่ใช่
- 3.5 Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี  ใช่  ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ 1.  ใช่ 2.1  ใช่ 2.2  ใช่ 2.3  อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ใช่ และ 2.4  ใช่

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์

4. ปริมาณยา IVIG ที่สั่งใช้ในครั้งนี้

น้ำหนักตัวผู้ป่วย ..... กิโลกรัม วันที่เริ่มให้ยา ...../...../..... (วัน/เดือน/ปี)

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ ..... กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา ..... วัน

(ขนาดยาที่แนะนำ 400 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3-5 วัน ขนาดยารวม (Total dose) 2 กรัมต่อกิโลกรัม)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่      ไม่ใช่

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

4. กรณี relative indication เป็นการให้ยาในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค acute ITP ที่จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม

G    มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร              
 H    ได้รับ คอร์ติโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่ม              
 จำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยาไม่เกิน 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 ...../...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา ..... วัน  
 ขนาดยาIVIgทั้งหมดที่ใช้ในครั้งนี้ ..... 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 ...../...../.....

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

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย**

1. ชื่อ-นามสกุล ..... 2. HN .....
4. สิทธิการเบิก  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม 3. AN .....
- สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ  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)  ใช่  ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pemphigus vulgaris โดยมีพื้นที่ผื่น (body surface area involvement) ..... % มีอาการทางคลินิก คือ .....
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
- 3.1 histopathology (ระบุ) .....  ใช่  ไม่ใช่
- 3.2 direct immunofluorescence study (ระบุ) .....  ใช่  ไม่ใช่
- 3.3 indirect immunofluorescence study (ระบุ) .....  ใช่  ไม่ใช่
- 3.4 enzyme link immunosorbent assay (ELISA) for desmoglein 1 และ 3 (ระบุ) .....  ใช่  ไม่ใช่
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.  ไปข้อใดข้อหนึ่ง

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ ..... กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา ..... วัน

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

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้ส่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....



3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต้องกรอกในกรณีที่เป็นกรณี่ให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรดระบุวันที่ทำการตรวจ)

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

.....  
ลงนามแพทย์ผู้ส่งใช้ยา

(.....)

.....  
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....