

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา micafungin

ข้อบ่งใช้ ใช้เป็นยารักษา invasive candidiasis ที่ดื้อยา fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้
แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก วันที่/...../25.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ..... สกุล.....
NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□□
เพศ □ ชาย □ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
H code HN
สิทธิการรักษา ○ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ประกันสังคม ○สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
○ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยมีภาวะ invasive candidiasis ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 - 2.1 เป็น candidemia ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 - 2.2 มีการติดเชื้อที่อวัยวะอื่น ○ ใช่ ○ ไม่ใช่ตำแหน่งที่ติดเชื้อ (โปรดระบุ).....

3. เหตุผลของการขอใช้ยา

- เชื้อ Candida ดื้อยา fluconazole (แบบหลักฐานประกอบ)
- เชื้อ Candida มีความเสี่ยงสูงที่จะดื้อยา fluconazole เนื่องจาก
 - เป็น non-albicans Candida และมีประวัติใช้ยากกลุ่ม triazoles มากกว่า 7 วันในระยะ 3 เดือน
 - ให้การรักษาด้วยยา fluconazole ไปแล้วนาน 5 วัน และยังมีผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อ Candida อยู่
- ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
 - มีภาวะไตวาย (eGFR < 60 ml/min) (ทั้งนี้ต้องไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการทำ long term renal replacement therapy อยู่เดิม)
 - ผื่นแพ้ยา
 - มีผลข้างเคียงอื่นๆ รุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป แม้จะใช้การรักษาด้วยวิธีอื่นอย่างเต็มที่แล้วระบุอาการไม่พึงประสงค์คือ วันที่ประเมิน/...../25.....

4. ขนาดยาที่ต้องการใช้.....มก./วัน ระยะเวลาใช้ยาที่คาดไว้วัน

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา	สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
ลงชื่อ	○อนุมัติ ○ไม่อนุมัติ
(.....)	ลงชื่อ
ว	(.....)
	ว
	(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ..... สกุล.....

NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□

เพศ □ ชาย □ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

H code

HN

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

1. ประวัติการรับยาของผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยยังได้รับยา micafungin อยู่ ใช่ ไม่ใช่

ระยะเวลาที่ได้รับยาจนถึงปัจจุบัน.....สัปดาห์.....วัน

2. การประเมินผลการรักษา

2.1. อาการทางคลินิก ดีขึ้น คงเดิม

2.2. มีผลการตรวจเพาะเชื้อจากเลือดหลังให้การรักษาด้วยยา micafungin ทำ ไม่ทำ

ผลการเพาะเชื้อจากเลือดที่ขึ้นเชื้อ candida เป็นครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่...../...../.....

ผลการเพาะเชื้อจากเลือดครั้งแรกที่ไม่ขึ้นเชื้อ candida เมื่อวันที่...../...../.....

2.3. มีผลการตรวจเพาะเชื้อจากตำแหน่งที่ติดเชื้อ บวก ลบ

ตำแหน่งที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ (ระบุ).....

2.4. มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นนอกจากกระแสเลือด ใช่ ไม่ใช่

(หากใช่ โปรดระบุตำแหน่งที่มีติดเชื้อ).....

- ผลการติดตามภาพรังสี

▪ หายแล้ว ใช่ ไม่ใช่

▪ ดีขึ้นแต่ยังคงมีลักษณะภาพรังสีที่แสดงว่ายังมีติดเชื้อ ใช่ ไม่ใช่

หลงเหลืออยู่

3. การประเมินผลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยา micafungin ต่อเนื่อง

3.1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ใช่ ไม่ใช่

3.2. มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป

และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้ ใช่ ไม่ใช่

ระบุอาการไม่พึงประสงค์.....

3.3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเชื้อไวต่อยา fluconazole ใช่ ไม่ใช่

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

(.....)

ลงชื่อ

ว

(.....)

ว

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ้างทอง)

สำหรับเจ้าหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเริ่มยาวันที่/...../..... หยุดยาเมื่อวันที่...../...../..... ระยะเวลาใช้ยาทั้งหมด.....วัน

เหตุผลที่หยุดยา

- รักษาหายขาด
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย
- เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น
- มีผลข้างเคียงรุนแรง
- อื่นๆ (ระบุ).....