

**แบบฟอร์มอนุมัติการใช้ยา deferasirox ต่อเนื่อง**  
**ข้อบ่งใช้ธาลัสซีเมีย (transfusion dependence)**  
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติการใช้ยา ปีที่  2  3  4  5  6  ระบุ .....

วันที่เริ่มอนุมัติให้ใช้ deferasirox 250 mg ...../...../25.....

วันเดือนปี ที่กรอกข้อมูล ...../...../25.....

**ข้อมูลผู้ป่วย (กรณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน)**

1. ชื่อ.....สกุล..... 2. เพศ  ชาย  หญิง

3. HN..... 4. AN..... 5. รหัสโรงพยาบาล.....

6. เลขที่ประจำตัวประชาชน

7. วันเดือนปีเกิด ...../...../..... 8. อายุ.....ปี.....เดือน

9. สิทธิการรักษา  สปสช.  ประกันสังคม  
 สวัสดิการข้าราชการ  อื่นๆ.....

10. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม 11. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

**ข้อมูลทางคลินิก (กรณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน)**

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminal ill)  ใช่  ไม่ใช่

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การมองเห็น  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ:..... วันที่...../...../25.....

การได้ยิน  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ: ..... วันที่...../...../25.....

การตรวจ	ผลการตรวจ	วันที่ส่งตรวจ
Creatinine	.....mg/dL	...../...../25.....
AST	..... U/L	...../...../25.....
ALT	..... U/L	...../...../25.....
Absolute neutrophil count	..... / $\mu$ L	...../...../25.....
serum ferritin	..... ng/mL	...../...../25.....

3. ขนาดยา deferasirox 250 mg ที่จะใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน คิดเป็น.....เม็ด/วัน

4. ใ้ได้รับยา deferasirox 250 mg มาแล้วเป็นเวลา.....ปี..... เดือน  
ระดับ serum ferritin เริ่มต้น..... ng/mL วันที่ ...../...../25.....  
serum ferritin ที่ลดลงคิดเป็น .....%

5. ผู้ป่วยสมควรได้รับยาต่อเนื่อง โดยเหตุผลข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ระดับ serum ferritin ลดลง หรือ ไม่เพิ่มขึ้น หลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- ระดับ serum ferritin ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ15% จากค่าเริ่มต้น หลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 2 ปี  ใช่  ไม่ใช่

หมายเหตุ ระดับ serum ferritin ลดเหลือต่ำกว่า 500 ng/mLให้พิจารณาลดขนาดยา และหยุดยาหากระดับ serum ferritin ลดเหลือต่ำกว่า 300 ng/mL และสามารถเริ่มใช้ยา deferasirox 250 mg ได้ใหม่หาก serum ferritin มากกว่า 500 ng/mL

รายการยาที่มีในโรงพยาบาลอ่างทอง

1. Deferasirox 250 mg tablet
2. Deferiprone 500 mg tablet

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....

(เฉพาะกุมารแพทย์และอายุรแพทย์  
ที่มีคำสั่งแต่งตั้งจาก ผอ.รพ.อ่างทอง เท่านั้น)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....