

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา voriconazole รูปแบบรับประทาน
เงื่อนไข สำหรับการป้องกัน invasive fungal infection ในผู้ป่วย acute myeloid leukemia
ที่มีภาวะ neutropenia ตามหลังการได้เคมีบำบัด ระยะ induction

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

			ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....		
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม	
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด acute myeloid leukemia (AML) วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดแบบ induction		
4. มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (ANC) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร โปรดระบุจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (ANC) เท่ากับ.....เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ยังไม่พบว่ามี การติดเชื้อรา รุกราน (invasive fungal infection)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ขนาดยา voriconazole ที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> 400 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง (ผู้ป่วยผู้ใหญ่) <input type="checkbox"/> 100 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง (ผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม) <input type="checkbox"/> 9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง (ผู้ป่วยเด็กอายุ 2 -12 ปี และใช้ไม่เกิน 350 มิลลิกรัม) หมายเหตุ ในเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ให้ใช้ขนาดยาเดียวกับผู้ใหญ่		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../..... (อนุมัติให้ยา 14 วัน)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง)

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา voriconazole รูปแบบรับประทาน
 เจือจาง สำหรับการป้องกัน invasive fungal infection ในผู้ป่วย acute myeloid leukemia
 ที่มีภาวะ neutropenia ตามหลังการได้เคมีบำบัด ระยะ induction

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

			ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง		
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....			
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม		
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม		
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง			ใช่	ไม่ใช่
		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ระยะเวลาที่ใช้ในการป้องกันไม่เกิน 28 วัน วันเดือนปีที่ได้รับยา voriconazole ครั้งแรก / /			
3.	ยา voriconazole ยังสามารถป้องกัน invasive fungal infection ได้ ยืนยันด้วยผลการประเมินด้านประสิทธิผลของการป้องกัน ด้วยการประเมินผู้ป่วยทุกวันหลังได้รับยาเปรียบเทียบกับก่อนให้ยา voriconazole ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง <input type="checkbox"/> ยืนยันด้วยผลการประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิกขึ้นกับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อราทุกรานได้บ่อย <input type="checkbox"/> ยืนยันด้วยผลการประเมินรอยโรคในภาพรังสีขึ้นกับตำแหน่งที่สงสัยว่ามีติดเชื้อ		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	โปรดระบุจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (ANC) เท่ากับ.....เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร			
5.	ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา voriconazole		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	ขนาดยา voriconazole ที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> 200 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง (ผู้ป่วยผู้ใหญ่) <input type="checkbox"/> 100 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง (ผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม) <input type="checkbox"/> 9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง (ผู้ป่วยเด็กอายุ 2 -12 ปี และใช้ไม่เกิน 350 มิลลิกรัม) หมายเหตุ ในเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ให้ใช้ขนาดยาเดียวกันกับผู้ใหญ่			
7.	ระยะเวลาที่ขอใช้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....	(อนุมัติให้ยา 14 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง)