

แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยารักษาเบาหวานกลุ่ม GLP1-receptor agonists  
ยา Rybelsus® (Oral Semaglutide)

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย .....อายุ.....ปี HN.....วันที่...../...../.....

สิทธิการรักษา  กรมบัญชีกลาง/รัฐวิสาหกิจ  สิทธิอื่นๆ (ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้)

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยากกลุ่ม GLP1-RA ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (อย่างน้อย 1 ข้อ)

- Established ASCVD (atherosclerotic cardiovascular disease)
  - History of acute coronary syndrome or myocardial infarction
  - Coronary heart disease with or without revascularization
  - Ischemic stroke
  - Peripheral arterial disease assumed to be atherosclerotic in origin
  - Any arterial revascularization
- High risk for ASCVD เช่น ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 55 ปี ที่มีหลักฐานบ่งชี้ถึงหลอดเลือดแดงตีบตันมากกว่า 50% ในตำแหน่งของ หลอดเลือด coronary, carotid หรือ lower extremity artery หรือมีหลักฐานที่บ่งบอกถึง left ventricular hypertrophy เป็นต้น
- Chronic kidney disease ที่มี eGFR < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด cardiovascular disease
- ผู้ป่วยมีลักษณะของ Obesity related co-morbidity (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>)

ข้อห้ามใช้ 1. ใช้ยากกลุ่ม DPP-4 inhibitors 2. ผู้ป่วยมะเร็งชนิด medullary thyroid carcinoma หรือผู้มีประวัติครอบครัวที่มีความเสี่ยง 3. ผู้ป่วยที่มี Estimated GFR < 15 mL/min 4. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี 5. ผู้ป่วยที่มีประวัติ/ภาวะตับอ่อนอักเสบ

ผลการรักษาล่าสุด		
BMI		kg/m <sup>2</sup>
FBS		mg%
HbA1c		%
eGFR		mL/min/1.73 m <sup>2</sup>

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

รหัส ว. ....

วันที่...../...../.....

หากใช้ยากกลุ่ม GLP-RA แล้วพบว่า

1. ภายใน 3 เดือน หลังบริหารยา ระดับ HbA1c ลดลงน้อยกว่า 1%
2. ภายใน 6 เดือน หลังบริหารยา ระดับ HbA1c มากกว่า 8%

ควรส่งต่อปรึกษาอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อร่วมดูแลรักษา