

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Benralizumab

ข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคหืดขั้นรุนแรง ชนิดอีโอสิโนฟิลสูง (severe eosinophilic asthma)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
3. HN.....	4. อายุ.....ปี.....เดือน	5. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
6. ส่วนสูง.....เซนติเมตร	7. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> กรมบัญชีกลาง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการใช้ยา

เกณฑ์การสั่งใช้ยา (ก.กรณีขอใช้ยาครั้งแรก) จะต้องระบุว่า “ใช่” ครบทุกข้อ	ใช่	ไม่ใช่
ก. กรณีขอใช้ยาครั้งแรก วัน/เดือน/ปี ที่ขอใช้ยา...../...../.....		
1. ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน หรือสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคหืดขั้นรุนแรง (severe asthma) และควบคุมไม่ได้ด้วย ICS ขนาดสูงร่วมกับ LABA (uncontrolled ตาม GINA guideline step 5) เป็นเป็นระยะเวลา ≥ 6 เดือน วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ ICS/LABA...../...../..... ระบุชนิด (ICS/LABA)..... ระบุชนิดของ other controllers (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. มีระดับ blood eosinophil ≥ 150 cells/ μ L ภายใน 3 เดือน ก่อนพิจารณาใช้ยา Benralizumab วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ...../...../..... ระบุค่า blood eosinophil.....cells/ μ L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
5.1 ตรวจ spirometry พบ FEV1 < ร้อยละ 80 ของค่าปกติ วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ...../...../..... ค่า FEV1 ร้อยละ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation) หรือ mechanical ventilatory support ที่เกิดจากโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 มีอาการกำเริบอย่างรุนแรง (severe exacerbation) โดยต้องได้รับ systemic corticosteroids เทียบเท่า oral prednisolone ≥ 30 mg ติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป หรือ ≥ 2 ครั้ง ต่อปี (แนวปฏิบัติการรักษา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 มีประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานขนาดเทียบเท่า prednisolone > 10 mg/วัน ติดต่อกัน > 30 วัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข. การประเมินผลการรักษา

- กรณีใช้ยาครั้งแรก ประเมินผลที่ 12 สัปดาห์ (ประเมินครั้งที่ 1) วัน/เดือน/ปี...../...../.....
- อาการหืดกำเริบเฉียบพลันลดลง \geq ร้อยละ 50
 - ลดขนาดยา corticosteroids ชนิดรับประทานได้โดยไม่ทำให้อาการหืดแย่ลง (กรณีใช้ต่อเนื่อง)
 - อาการควบคุมโรคหืด (asthma symptom control) ดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ตาม GINA guideline รวม.....คะแนน

ในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วย...	ใช่	ไม่ใช่
มีอาการโรคหืดเกิดขึ้นกลางวัน (เช่น ไอ หายใจลำบาก หายใจเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก) มากกว่าสองครั้งต่อสัปดาห์		
ตื่นกลางคืนเนื่องจากโรคหืด		
การใช้ยาบรรเทาอาการ (SABA reliever use) มากกว่าสองครั้งต่อสัปดาห์		
ข้อจำกัดในการออกแรงทำกิจกรรมเนื่องจากโรคหืด (activity limitation)		
ควบคุมได้ดี = ไม่มีข้อใดเลย ควบคุมบางส่วน = มี 1 – 2 ข้อ ควบคุมไม่ได้ = มี 3 – 4 ข้อ		

หรือ แบบสอบถาม Asthma Control Test (ACT) รวม.....คะแนน

อาการของท่านในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	คะแนน
1. โรคหืดของท่านรบกวนการทำงาน การเรียน หรือการทำกิจกรรมที่บ้านมากนักน้อยเพียงใด <ul style="list-style-type: none"> - รบกวนตลอดเวลา (1 คะแนน) - รบกวนน้อยมาก (4 คะแนน) - รบกวนบ่อยครั้ง (2 คะแนน) - ไม่เคยรบกวนเลย (5 คะแนน) - รบกวนบางครั้ง (3 คะแนน) 	
2. ท่านมีอาการหายใจไม่อิ่ม (แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด) บ่อยแค่ไหน <ul style="list-style-type: none"> - มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน (1 คะแนน) - 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) - 1 ครั้งต่อวัน (2 คะแนน) - ไม่เคยเลย (5 คะแนน) - 3 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) 	
3. โรคหืดรบกวนการนอนของท่านบ่อยแค่ไหน (ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ) <ul style="list-style-type: none"> - \geq 4 คืนต่อสัปดาห์ (1 คะแนน) - 1 – 2 คืนต่อเดือน (4 คะแนน) - 2 – 3 คืนต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) - ไม่เคยเลย (5 คะแนน) - 1 คืนต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) 	
4. ท่านใช้ยาพ่นบรรเทาอาการหืด (เช่น ยาพ่นขยายหลอดลม) บ่อยแค่ไหน <ul style="list-style-type: none"> - \geq 3 ครั้งต่อวัน (1 คะแนน) - 1 ครั้งหรือน้อยกว่าต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) - 1 – 2 ครั้งต่อวัน (2 คะแนน) - ไม่เคยเลย (5 คะแนน) - 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) 	
5. โดยรวมแล้ว ท่านคิดว่าท่านควบคุมโรคหืดของท่านได้ดีเพียงใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา <ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมไม่ได้เลย (1 คะแนน) - ควบคุมได้ดี (4 คะแนน) - ควบคุมได้น้อยมาก (2 คะแนน) - ควบคุมได้สมบูรณ์ (5 คะแนน) - ควบคุมได้บางส่วน (3 คะแนน) 	
คะแนนรวม 25 ควบคุมสมบูรณ์ ไม่มีอาการรบกวนชีวิต, 20–24 ควบคุมบางส่วน อาการดีขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดเล็กน้อย, <20 ควบคุมไม่ได้ดี อาการยังรบกวนชีวิต ต้องปรับการรักษา	

ใช่

ไม่ใช่

