

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Donepezil

ข้อบ่งใช้ ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ที่มีระดับความรุนแรงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยา**ครั้งแรก** วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล.....	2. HN..... 3. AN.....
4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)	
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุปี.....เดือน
8. 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. รหัสโรงพยาบาล.....
10. น้ำหนักตัวกิโลกรัม	11. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
วันเดือนปีที่เริ่มรักษา/...../.....	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะอาการเพ้อ (delirium) หรือเป็นผลกระทบจากสารเสพติด หรือ จากโรคทางจิตเวช	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. ไม่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงมาก (very severe dementia) หมายถึง ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการพึ่งพาโดยสิ้นเชิง (totally dependence) และมีสภาพนอนติดเตียง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ด้วยเกณฑ์ 4.1 -4.3 ครบถ้วนทุกข้อ ดังนี้	
4.1 ตรวจพบลักษณะทางคลินิก ครบทุกข้อ	
a. อาการ episodic memory loss เช่น ถامซ้ำๆ จนน่ารำคาญ ลืมว่ารับประทานอาหาร ลืมของ ลืมนัด ลืมเหตุการณ์สำคัญที่เพิ่งเกิด	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
b. มีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> aphasia (มีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา การสื่อสาร เช่น เรียกสิ่งของไม่ถูกต้องตามที่สั่งไม่ได้)	
<input type="checkbox"/> apraxia (กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ตามสั่ง ทั้งที่ไม่มีอาการอ่อนแรง)	
<input type="checkbox"/> agnosia (ไม่รู้จักชื่อ และชนิดของสิ่งของโดยที่เคยรู้มาก่อน)	
<input type="checkbox"/> executive dysfunction (เช่น บกพร่องในการตัดสินใจ วางแผน การจัดลำดับขั้นตอน ความคิดเชิงนามธรรม)	
<input type="checkbox"/> social cognition (ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัวถดถอย เช่น ไม่เข้าใจความรู้สึกผู้อื่น การยับยั้งชั่งใจลดลง)	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....	
c. มีอาการมากกว่า 6 เดือน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
d. การดำเนินโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive course)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่

- e. มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม ใช่ ไม่ใช่
- 4.2 การชักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ไม่พบ**สาเหตุจากโรคทางกายและภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง เป็นผลกระทบอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น
- 4.3 ผลตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง* (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ ตามความเหมาะสม) วันที่ตรวจ/...../.....
- ไม่มี**พยาธิสภาพอื่นที่สามารถอธิบายอาการสมองเสื่อมได้พบลักษณะที่เข้าได้กับโรคอัลไซเมอร์ ใช่ ไม่ใช่
- ได้แก่
- cerebral atrophy medial temporal lobe atrophy
- medial temporal area (MTA) normal for age
- อื่น ๆ ระบุ.....

*โปรดแนบหลักฐานไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ในภายหลัง

5. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร มีความสามารถในการสื่อสาร ใช่ ไม่ใช่
- มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างแม้จะบกพร่องกว่าเดิม
6. มีผลบ่งชี้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ในระยะรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ใช่ ไม่ใช่
- คือ มีผลการประเมินการรู้คิด* ก่อนเริ่มการรักษา โดย
- Thai mental state examination (TMSE) =คะแนน (ระหว่าง 10 – 23 คะแนน)
- Mini mental state examination-Thai (MMSE-T) =คะแนน (ระหว่าง 10 – 23 คะแนน)
- Functional Assessment Staging Test (FAST) = (ระหว่าง 3 – 6)
- Global Deterioration Scale (GDS) for primary degenerative dementia = (ระหว่าง 4 – 6)
- ทดสอบประสาทจิตวิทยา (neuropsychological tests) เชงลี้ก = (น้อยกว่า 2 standard deviation (SD) หรือ 10 percentile ในอย่างน้อย 2 subscales)
- อื่น ๆ (ระบุ).....

*โปรดแนบหลักฐานไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ในภายหลัง

7. ขนาดยา Donepezil ที่ขออนุมัติใช้mg/วัน (หมายเหตุ ขนาดยา donepezil สูงสุดที่แนะนำไม่เกิน 10 mg/วัน)

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี absolute indication 1. ใช่, 2. ใช่, 3. ใช่, 4. ใช่ทุกข้อ, 5. ใช่, 6. ใช่ และ 7. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
ลงชื่อ
(.....)
ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ
(.....)
ว

\