

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอน
ของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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"/>	9. รหัสโรงพยาบาล.....
9. ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	10. Authorization number.....
11. น้ำหนักกิโลกรัม	12. ส่วนสูงเซนติเมตร
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2. ไม่เป็นผู้ป่วยเด็ก (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วยเด็ก)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิก ดังต่อไปนี้	
A มีอาการแสดงของภาวะโลหิตจางและดีซ่าน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
B ตรวจสเมียร์เลือด พบลักษณะของ hemolytic anemia โดยมี <input type="checkbox"/> spherocytosis <input type="checkbox"/> polychromasia และ <input type="checkbox"/> nucleated red blood cell	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นสอดคล้องกับภาวะ hemolytic anemia วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	
1) direct Coombs' test ให้ผลบวก	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2) มีการเพิ่มขึ้นของ reticulocyte count (ระบุจำนวนนับของ absolute reticulocyte count...../ไมโครลิตร)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3) ตรวจพบ bilirubin ในปัสสาวะ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
D ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
5. มีเงื่อนไขการใช้ยาครบถ้วนตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้	
E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroids วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroids...../...../..... ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ใช้ยา.....	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะซีด ได้แก่ <input type="checkbox"/> unstable angina <input type="checkbox"/> myocardial infarction <input type="checkbox"/> heart failure <input type="checkbox"/> stroke	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

6. ขนาดและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัวกิโลกรัม

วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....ระยะเวลาที่ให้ยา วัน

ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้กรัม คิดเป็นขนาดยาที่ใช้กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

(ขนาดยาที่แนะนำคือ 400 – 500 mg/kg/day เป็นเวลา 4 – 5 วัน

หรือ 1 g/kg/day เป็นเวลา 2 วัน

ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2. ใช่ 3. ใช่ 4. ใช่ทุกข้อ 5. ใช่ทุกข้อ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. ผลการรักษา

ก่อนให้ IVIG Hemoglobin.....กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit% วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

หลังให้ IVIG 3 วัน Hemoglobin.....กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit% วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

8. หากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโปรดระบุรายละเอียด.....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว