

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)

(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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9. รหัสโรงพยาบาล.....	
9. ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ 10. Authorization number.....	
12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่	
2. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HLH ต้องมีผลตรวจร่างกายครบทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้	
2.1 มีไข้	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.2 ม้ามโต	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้	
2.3.1 Hemoglobin < 9 กรัม/เดซิลิตร (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 กรัม/เดซิลิตร)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.3.2 Absolute neutrophil < 1,000 /ไมโครลิตร	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.3.3 Platelet < 100,000 /ไมโครลิตร	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.4 มีการตรวจพบ Hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อมมน้ำเหลือง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. นอกจากนี้อาจมีการตรวจพบอื่น ๆ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ได้แก่	
3.1 Fasting triglyceride > 2 มิลลิโมล/ลิตร	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.2 Fibrinogen < 1.5 กรัม/ลิตร	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.3 Serum ferritin > 500 ไมโครกรัม/ลิตร	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.4 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2,400 ยูนิต/มิลลิตร	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.5 Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่, 2.1 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2.2 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2.3 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ และ 2.4 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่	
4. ปริมาณยา IVIG ที่สั่งใช้ในครั้งนี้	
น้ำหนักตัวผู้ป่วยกิโลกรัม วันที่เริ่มให้ยา/...../.....	
ขนาดยา IVIG ที่ใช้กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา.....วัน	
(ขนาดยาที่แนะนำ 400 mg/kg/day เป็นเวลา 3 - 5 วัน ขนาดยารวม (total dose) 2 g/kg)	

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว