

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต

(myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

<b>ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย</b>	
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. อายุ .....ปี.....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"/> <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.....
12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....	
<b>ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา</b>	
วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบ	
3.1 ต้องมีการหายใจล้มเหลวซึ่งมีสาเหตุจากกะบังลมหรือกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงอ่อนแรง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้	
A มีหนังตาตก เห็นภาพซ้อน หรือการกลอกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
B มีอาการเกี่ยวกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซีก (facial palsy, bulbar weakness)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
C มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
D มี fluctuation of weakness	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
<b>สำหรับผู้อนุมัติ</b> 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่, 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3.1 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 3.2 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ (ข้อ A, B, C, D อย่างน้อย 1 ข้อ)	
3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือประวัติการวินิจฉัย MG	
E มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายแรง (MG)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
F Prostigmine test ให้ผลบวก (ระบุผล).....	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
G Repetitive nerve stimulation test ให้ผลบวก (ระบุผล).....	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
H Single-fiber electromyography (SFEMG) ให้ผลบวก(ระบุผล).....	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
<b>สำหรับผู้อนุมัติ</b> E , F, G หรือ H <input checked="" type="checkbox"/> ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ	

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่ใช้ ..... กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ...../...../..... วันที่เริ่มให้ยา ...../...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....