

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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.....
10. ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		11. Authorization number.....
12. น้ำหนักกิโลกรัม		13. ส่วนสูงเซนติเมตร
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่		
2. ผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย PID ชนิด		
(ตาม classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006)		
3. ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย		
3.1 ผู้ป่วยมาด้วยอาการติดเชื้อในระบบ.....		
3.1.1 เคยได้รับ IVIG มาก่อน (ล่าสุดวันที่...../...../.....)		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.1.2 ส่งตรวจ IgG trough level		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ผล IgG mg/dL วันที่ตรวจ/...../.....		
3.1.3 เคยได้รับ blood transfusion (ล่าสุดวันที่...../...../.....)		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.1.4 เป็นการรักษาในกรณี		
<input type="checkbox"/> emergency (life-threatening)		
<input type="checkbox"/> regular treatment		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....		
3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต้องกรอกในกรณีที่เป็นการให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรดระบุวันที่ทำการตรวจ)		
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจ	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ
3.2.1 Complete blood count (CBC)	/...../.....
3.2.2 Quantitative serum Immunobulin levels	IgG.....mg/dL/...../.....
	IgM.....mg/dL/...../.....
	IgA.....mg/dL/...../.....
	IgE.....IU/mL/...../.....
3.2.3 B-cell, T-cell function	/...../.....
3.2.4 การตรวจพันธุกรรม	/...../.....
3.2.5 อื่น ๆ (ระบุ).....	/...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

ชื่อการค้าของยา IVIG.....

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ระยะเวลาที่ให้น้ำยาทั้งหมด ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือ ครั้งละ 400 – 600 mg/kg ทุก 2-4 สัปดาห์ จากนั้นปรับระดับให้ IgG trough level มากกว่า 500 mg/dL หรือ ให้มากกว่า 800 mg/dL กรณีที่มี bronchiectasis หรือการติดเชื้อที่รุนแรง)

5. มี premedication ใช่ ไม่ใช่

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยาที่สั่งใช้
Antihistamine		
Antipyretic		
Corticosteroid		
อื่น ๆ (ระบุ).....		

อาการไม่พึงประสงค์

ไม่มี ผื่น ไข้ ปวดหรือเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ

ควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแพ้อย่างใกล้ชิด

สำหรับผู้อนุมัติ

กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

1. ใช่ 2. เป็น PID ตาม classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006

3.2 มีผลการตรวจ CBC, IgG, IgA, IgM และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

กรณีการได้รับยาต่อเนื่อง

1. ใช่ 2. เป็น PID ตาม classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 และ 4. ระบุ

ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว