

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Micafungin

ข้อบ่งใช้ ใช้เป็นยารักษา invasive candidiasis ที่ดื้อยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้

(รายละเอียดการให้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล.....	2. HN..... 3. AN.....
4. สัทธิการรักษ <input type="radio"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> สวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการ <input type="radio"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด...../...../..... 7. อายุปี.....เดือน
8. NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□	
9. รหัสโรงพยาบาล.....	10. น้ำหนัก.....กิโลกรัม 11. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....	
1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2. เป็น invasive candidiasis โดยมีผลเพาะเชื้อจากเลือด หรือส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อ (sterile fluid, tissue) ขึ้นเชื้อ candida ระบุส่งตรวจ.....	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	
3.1 ดื้อยา Fluconazole หมายถึง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
(1) มีผลทดสอบความไวของเชื้อ candida ยืนยันว่าดื้อต่อยา Fluconazole	
(2) มีความเสี่ยงสูงที่จะเชื้อจะดื้อยา Fluconazole ได้แก่ เป็น non-albicans candida ร่วมกับมีประวัติใช้ยา กลุ่ม triazoles มาก่อนมากกว่า 7 วันภายใน 3 เดือน	
(3) ให้การรักษาด้วยยา Fluconazole ไปแล้วนาน 5 วัน และยังมีผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อ candida อยู่	
3.2 ไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้ เนื่องจาก	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
(1) มีภาวะไตวาย (eGFR < 60 ml/min/1.73 m ²) (ทั้งนี้ต้องไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการทำ long term renal replacement therapy อยู่เดิม)	
(2) ผื่นแพ้ยา	
(3) มีผลข้างเคียงอื่นๆ รุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป แม้จะใช้การรักษาด้วยวิธีอื่นอย่างเต็มที่แล้ว ระบุอาการไม่พึงประสงค์ คือ..... วันที่ประเมิน...../...../.....	
4. ขนาดยาที่ต้องการใช้.....mg/วัน ระยะเวลาใช้ยาที่คาดไว้.....วัน	
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่, 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3.1 หรือ 3.2 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์	

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
ลงชื่อ
(.....)
ว

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

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Micafungin

ข้อบ่งใช้ ใช้เป็นยารักษา invasive candidiasis ที่ดื้อยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้
(รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ประเมินทุก 7 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ-นามสกุล.....	2. HN.....	3. AN.....
4. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="radio"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด...../...../.....	7. อายุปี.....เดือน
8. NAP No. D4-□□□□-□□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□□-□□-□□		
9. รหัสโรงพยาบาล.....		
10. น้ำหนัก.....กิโลกรัม		11. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		
		วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....
1. ผู้ป่วยยังได้รับยา Micafungin อยู่		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ระยะที่ได้รับยาจนถึงปัจจุบัน.....วัน		
2. การประเมินผลการรักษา		
2.1 อาการทางคลินิก		<input type="radio"/> ดีขึ้น <input type="radio"/> คงเดิม
2.2 มีผลการตรวจเพาะเชื้อจากเลือดหลังให้การรักษาด้วยยา Micafungin		<input type="radio"/> ทำ <input type="radio"/> ไม่ทำ
ผลการเพาะเชื้อจากเลือดที่ขึ้นเชื้อ candida เป็นครั้งสุดท้าย	เมื่อวันที่/...../.....	
ผลการเพาะเชื้อจากเลือดครั้งแรกที่ไม่ขึ้นเชื้อ candida	เมื่อวันที่/...../.....	
2.3 มีผลการตรวจเพาะเชื้อจากตำแหน่งที่ติดเชื้อ	เมื่อวันที่/...../.....	<input type="radio"/> บวก <input type="radio"/> ลบ
ตำแหน่งที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ (ระบุ).....		
2.4 การติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นนอกจากกระแสเลือด		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
(หากใช่ โปรดระบุตำแหน่งที่มีติดเชื้อ).....		
- ผลการติดตามภาพรังสี		
▪ หายแล้ว		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
▪ ดีขึ้นแต่ยังคงมีลักษณะภาพรังสีที่แสดงว่ายังมี การติดเชื้อหลงเหลืออยู่		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. การประเมินผลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยา Micafungin ต่อเนื่อง		
3.1 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.2 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป และไม่สามารถควบคุม		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้ ระบุอาการไม่พึงประสงค์.....		
3.3 มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเชื้อไวต่อยา Fluconazole		<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
สำหรับผู้อนุมัติ 3.1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่, 3.2 และ 3.3 <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่		

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว