

แบบฟอร์มกำกับใช้ยา Rituximab โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
ข้อบ่งใช้ โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (Autoimmune encephalitis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง(ประเมินทุก 6 เดือน)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-สกุล..... 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 3. HN.....
4. รหัสโรงพยาบาล..... 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน
6. วันเดือนปี เกิด/...../..... 7. อายุ.....ปีเดือน
8. สถิติการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
9. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 10. Authorization number.....
11. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ☐
- ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ (หากจำเป็นสามารถให้ยาได้ที่เดือน 6 จำนวน 1 ครั้ง และ/หรือ เดือน 12 เพิ่มอีก 1 ครั้ง)

ให้ยา rituximab ที่ขนาด 1,000 mg ทางหลอดเลือดดำ โดยครั้งนี้เป็นการให้ยาในเดือนที่

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการให้ยา

3.1 ผลตรวจ CBC ก่อนการให้ยาครั้งแรกและก่อนการให้ยารอบถัดไป

WBC...../uL Platelet Count/uL Hematocrit% Neutrophils.....% ANC.....m³

3.2 ผลตรวจ LFT ก่อนการให้ยาครั้งแรกและก่อนการให้ยารอบถัดไป

Total Protein..... Albumin..... Globulin..... Total Bilirubin..... Direct Bilirubin..... AST/SGOT..... ALT/SGPT..... Alkaline phosphatase.....

- การประเมินประสิทธิผลของการรักษา โดย Modified Rankin Scale (mRS) Score

ผลการประเมิน.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : แพทย์สาขาประสาทวิทยาหรือกุมารประสาทวิทยาลงนามทุกครั้งในแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี จ(2)

(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2))

Modified Rankin Scale (mRS) Score

Score	Description
0	No symptoms at all
1	No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities
2	Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance
3	Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance
4	Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance
5	Severe disability; bedridden, incontinent, and requiring constant nursing care and attention
6	Dead

หมายเหตุ : แพทย์สาขาประสาทวิทยาหรือกุมารประสาทวิทยาลงนามทุกครั้งในแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี จ(2)
(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2)