

แบบฟอร์มกำกับใช้ยา Rituximab โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
ข้อบ่งใช้ โรคเส้นประสาทอักเสบเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อยา steroids
(Refractory chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง(ประเมินทุก 6 เดือน)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-สกุล..... 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- HN..... 4. รหัสโรงพยาบาล.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน
- วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ.....ปีเดือน
- สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการข้าราชการ
☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 10. Authorization number.....
- น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐

2. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้

ให้ยา rituximab สำหรับ maintenance therapy ที่ขนาด 500-1,000 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 เดือน

โดยครั้งนี้เป็นการให้ยาในช่วงการติดตาม ปีที่ ครั้งที่ของปี.....

3. 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.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : แพทย์สาขาประสาทวิทยาหรือกุมารประสาทวิทยาลงนามทุกครั้งในแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี จ(2)

(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2))