

แบบฟอร์มกำกับใช้ยา Rituximab โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
ข้อบ่งใช้ โรค Autoimmune myositis ชนิด necrotizing autoimmune myopathy (NAM)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง(ประเมินทุก 6 เดือน)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-สกุล..... 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 3. HN.....
- รหัสโรงพยาบาล..... 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน
- วันเดือนปี เกิด/...../..... 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

ให้ยา rituximab ที่ขนาด 500 - 1,000 mg/ครั้ง ทางหลอดเลือดดำ โดยครั้งนี้เป็นการให้ยาในเดือนที่

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.....

4. การประเมินประสิทธิผลของการรักษา

4.1 Modified Research Council (mRC) grade for Muscle Strength

ผลการประเมิน.....

4.2 ระดับ Serum CK

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : แพทย์สาขาประสาทวิทยาหรือกุมารประสาทวิทยาลงนามทุกครั้งในแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี จ(2)

(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2))