

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Donepezil

ข้อบ่งใช้ ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ที่มีระดับความรุนแรงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยา **ต่อเนื่อง**

วันที่...../...../.....

ครั้งที่ 1 (หลังการรักษาครั้งแรก 3 เดือน)

ครั้งที่ 2 (หลังการรักษาครั้งแรก 6 เดือน)

ครั้งที่ 3 (หลังการรักษาครั้งแรก 1 ปี)

ครั้งที่ (ทุก 6 เดือน)

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9. รหัสโรงพยาบาล.....10699.....	
10. น้ำหนักตัวกิโลกรัม 11. ส่วนสูง.....เซนติเมตร	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)	
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะอาการเพ้อ (delirium) หรือเป็นผลกระทบจากสารเสพติด หรือ จากโรคทางจิตเวช	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. ไม่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงมาก (very severe dementia) หมายถึง ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการพึ่งพาโดยสิ้นเชิง (totally dependence) และมีสภาพอนตติเตียง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4. วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ donepezil/...../..... ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย donepezil มาแล้วทั้งสิ้นปี.....เดือน	
5. ผลการตรวจภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ในระยะรุนแรงน้อยถึงปานกลาง วันที่ตรวจ/...../..... คือ มีผลการประเมินการรู้คิด* โดย	
<input type="checkbox"/> Thai mental state examination (TMSE) = คะแนน (ระหว่าง 10-23 คะแนน)	
<input type="checkbox"/> Mini mental state examination-Thai (MMSE-T) = คะแนน (ระหว่าง 10-23 คะแนน)	
<input type="checkbox"/> Functional Assessment Staging Test (FAST) = คะแนน (ระยะ 3-6)	
<input type="checkbox"/> Global Deterioration Scale (GDS) = คะแนน (ระยะ 4-6) for primary degenerative dementia	
<input type="checkbox"/> ทดสอบประสาทจิตวิทยา (neuropsychological test) เซงสิค = (น้อยกว่า 2 standard deviation)	

(SD) หรือ 10 percentile

ในอย่างน้อย 2 sub scale)

อื่นๆ ระบุ

*โปรดแนบหลักฐานไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ในภายหลัง

6. ผลการตอบสนองต่อประสิทธิผลของการรักษา

สถานะโรคคงที่ คืออยู่ในระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate)

เปลี่ยนสถานะเป็นโรคในระดับรุนแรง (severe)

อื่นๆ ระบุ

7. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ไม่พบ พบ ระบุ

8. ผู้ป่วยสามารถเข้ายาต่อเนื่องได้โดยมีภาวะดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหลังได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้ว ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

7.1 ประเมินที่เวลา 3-6 เดือน โดยการประเมินด้วย TMSE หรือ MMSE-T คะแนนคงที่หรือลดลง ไม่เกิน 1คะแนน หรือ

7.1 ประเมินทุก 1 ปีหรือประเมินระหว่างติดตามการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่เปลี่ยนสถานะเป็นโรคในระดับรุนแรง (severe) คือ TMSE หรือ MMSE-T น้อยกว่า 10 คะแนน หรือ FAST ระยะ 7 หรือ GDSระยะ 7

9. ผู้ป่วยเข้ายาต่อเนื่องได้โดยขนาดยา donepezil ที่ขออนุมัติใช้คือ มิลลิกรัม/วัน

(หมายเหตุ ขนาดยา donepezil สูงสุดที่แนะนำ ไม่เกิน 10 mg ต่อวัน

การปรับขนาดยาแนะนำให้ปรับขนาดยาหลังจากเริ่มใช้ยาขนาดเริ่มต้นไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว

\