

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Bevacizumab

- ข้อบ่งชี้  1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ได้รอยบวมจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due to age-related macular degeneration)
2. โรคศูนย์กลางจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME)
3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal Vein Occlusion with Macular Edema)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-สกุล.....
2. รหัสโรงพยาบาล..... 3. HN.....
4. AN.....
5. สิทธิการรักษา  สปสช.  ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ  อื่นๆ  
.....
6. เพศ  ชาย  หญิง 7. วันเดือนปีเกิด ...../...../..... 8. อายุ.....ปี.....เดือน
9. เลขที่ประจำตัวประชาชน
10. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม 11. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

1. ผลการวัดสายตา (visual acuity)

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../..... ตาซ้าย ...../..... pin hole...../.....  
Tension ..... mm

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../..... ตาขวา ...../..... pin hole...../.....  
Tension ..... mm

### ส่วนที่ 3 การขออนุมัติยาเป็นครั้งแรก

(สามารถให้ยาได้ต่อเนื่องสูงสุดรวมไม่เกิน 3 ครั้ง โดยไม่ต้องกรอกแบบฟอร์มซ้ำอีก)

1. เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  ใช่  ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์กำหนดดังต่อไปนี้ ครบทุกข้อ
- 2.1 ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคด้วยเครื่องใดเครื่องหนึ่งดังต่อไปนี้
- Fundus Fluorescein angiography (FFA) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../.....
- Optical Coherence Tomography (OCT) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../.....
- อื่นๆ โปรดระบุ .....วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../.....
- 2.2 มีผลการถ่ายภาพจอตาตามข้อ 2.1 ให้ตรวจสอบได้ในวาระเบี่ยน  ใช่  ไม่ใช่
3. มีแผนการให้ยาในตา  ซ้าย  ขวา ขนาดยาที่ให้.....mg  
(ขนาดยาที่แนะนำคือ 1.25 มิลลิกรัมต่อ 1 ครั้ง สามารถฉีดซ้ำได้ทุกเดือน ความถี่ในการให้ยาขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นผู้พิจารณา)

ส่วนที่ 4 การขออนุมัติยาในการฉีดยาครั้งที่

4     7     10

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี ที่ฉีด	ตาซ้าย			ตาขวา			อื่นๆ เช่น ผลข้างเคียง
		V/A	OCT	FFA	V/A	OCT	FFA	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

- หมายเหตุ: 1. โรค AMD ให้ฉีดยาไม่เกิน ปีละ 12 ครั้งต่อข้าง ต่อ รอยโรคที่รักษา  
 2. โรค DME ให้ฉีดยาไม่เกิน ปีละ 6 ครั้ง ต่อข้าง ต่อ รอยโรคที่รักษา  
 3. โรค RVO ให้ฉีดยาไม่เกิน ปีละ 6 ครั้ง ต่อข้าง ต่อ รอยโรคที่รักษา  
 4. หากผู้ป่วยมีรอยโรคในตำแหน่งใหม่ ให้ทำการขออนุมัติใช้ยาฉบับใหม่

แพทย์ผู้ส่งเข้า

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว .....

ว .....