

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab**  
**เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามเกณฑ์ ACR 1987 หรือ ACR /EULAR 2010	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ DAS28-ESR $\geq$ 5.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา csDMARDs หมายถึง ผู้ป่วยผ่านการรักษาด้วยยา csDMARDs แบบผสม $\geq$ 3 ขนาน โดยอย่างน้อย 1 ขนานต้องเป็นยา methotrexate และจะต้องได้รับยาแต่ละตัวในขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target dose) ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา csDMARDs ในข้อ 4.1 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
<input type="checkbox"/> 4.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา csDMARDs ในข้อ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญ		
5. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)		

**แพทย์ผู้สั่งใช้ยา**

**สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด**

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab**  
**เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา <input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 มีการลดลงของค่า DAS28-ESR $\geq 1.2$ หรือ		
<input type="checkbox"/> 3.2 DAS28-ESR 28 $< 3.2$ หรือ		
<input type="checkbox"/> 3.3 DAS28-ESR $< 2.6$ (โรคเข้าสู่ระยะสงบ)		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา adalimumab ได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา adalimumab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอลงกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 ตรวจพบการตั้งครรภ์ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อยเข้าสู่สถานะ low disease activity (DAS28-ESR $\geq 2.6$ )		
<input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ) .....		
6. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....