

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Benralizumab
 ขอบ่งชี้สำหรับรักษาโรคหืดขั้นรุนแรง ชนิดอีโอสิโนฟิลสูง (severe eosinophilic asthma)

(มีผลบังคับใช้วันที่ 2 พฤษภาคม 2567)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ สกุล 2. เพศ ชาย หญิง
 3. HN 4. อายุ ปี เดือน 5. น้ำหนักตัว กิโลกรัม
 6. ส่วนสูง เซนติเมตร 7. พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร
 8. สิทธิการเบิก กรมบัญชีกลาง อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการขอใช้ยา

เกณฑ์การสั่งใช้ยาจะต้องระบุว่า "ใช่" ครบทุกข้อ	ใช่	ไม่ใช่
ก. กรณีขอใช้ยาครั้งแรก วัน/เดือน/ปี ที่ให้ยา/...../..... วัน/เดือน/ปี ที่วินิจฉัย/...../.....		
1. ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรกระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤติโรกระบบทางเดินหายใจ/อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคหืดขั้นรุนแรง (severe asthma) และควบคุมไม่ได้ด้วย ICS/LABA (uncontrolled ตาม GINA guideline step 5) มาเป็นระยะเวลา ≥ 6 เดือน วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ ICS/LABA/...../..... ระบุชนิด (ICS/LABA) ระบุชนิดของ Other controllers (ถ้ามี)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. มีระดับ blood eosinophil ≥ 150 cells/ μ l ภายใน 3 เดือน ก่อนการพิจารณาใช้ยา วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../..... ระบุค่า blood eosinophil..... cells/ μ l	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
5.1 ตรวจ spirometry พบ FEV1 < ร้อยละ 80 ของค่าปกติ ค่า FEV1 ร้อยละ วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2 เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation) หรือ mechanical ventilatory support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3 มีอาการกำเริบอย่างรุนแรง (severe exacerbation) โดยต้องได้ systemic corticosteroids เทียบเท่า oral prednisolone ≥ 30 mg ติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป หรือ ≥ 2 ครั้ง ต่อปี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.4 มีประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (Prednisolone) > 10 mg/วัน ติดต่อกัน > 30 วัน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ข. การประเมินผลการรักษา		
<input type="radio"/> กรณีใช้ยาครั้งแรก ประเมินผลที่ 12 สัปดาห์ (ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ให้ยาต่อและประเมินผลทุก 24 สัปดาห์) ระบุผลการประเมิน		
<input type="radio"/> กรณีใช้ยาดังแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ประเมินผลทุก 24 สัปดาห์ การให้ยาค้างนี้เป็นครั้งที่ วัน/เดือน/ปี ที่ให้ยา/...../..... ระบุผลการประเมิน		
ค. กรณีเข้าเกณฑ์การหยุดยา ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
<input type="radio"/> มีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง จำนวนหืดกำเริบเฉียบพลันไม่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้ยา		
<input type="radio"/> uncontrolled ตาม GINA guideline		
<input type="radio"/> เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดรุนแรง		
<input type="radio"/> อยู่ในระดับ controlled ตาม GINA guideline (ยกเว้น ผลการตรวจสมรรถภาพปอด) ร่วมกับค่า PEF variability < 15% ให้ยาต่อจนครบ 1 ปี แล้วให้หยุดยา		

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

วัน/เดือน/ปี

