

[] 3.3 ระดับความรุนแรงมาก ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการบิดเกร็งมากกว่า 50 องศา ออกจากแกนกลางของร่างกาย ที่เกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวัน ร่วมกับอาการปวดที่มีความรุนแรงมากกว่า 5 จาก 10 (วัดด้วย visual analogue scale) โปรตรระบุ.....

4. ผู้ป่วยมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต

5. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (โปรดระบุรายละเอียดการรักษา)

6. ขนาดยาที่ใช้ Botox® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำ 50-150 unit ต่อ 1 ครั้ง การรักษา)

Dysport®.....ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำ 250-500 unit ต่อ 1 ครั้ง การรักษา)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

หมายเหตุ

- อนุญาตให้ใช้ยาเฉพาะบริเวณลำคอเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ใช้ยาในบริเวณอื่น เช่น ใบหน้า ปาก หรือ ลำตัว
- มีการประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาในสองครั้งแรก เพื่อขออนุมัติการใช้ระยะยาว กล่าวคือภายหลัง 1 เดือนจากการให้ยาครั้งแรก ผู้ป่วยควรมีอาการดีขึ้นอย่างน้อย 30% ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนอง แพทย์อาจขออนุมัติให้ยาซ้ำอีก 1 ครั้ง ซึ่งถ้าไม่ตอบสนองหลังการใช้ยา 2 ครั้ง ให้หยุดการใช้ยา และพิจารณาการรักษาในแนวทางอื่นๆ เช่น การผ่าตัด

ข. กรณีขออนุมัติให้ยาเป็นครั้งที่สอง

วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....

1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) ใช่ ไม่ใช่

2. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งแรกนานกว่า 3 เดือน ใช่ ไม่ใช่

วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยาครั้งแรก...../...../.....

3. ระบุผลการรักษาครั้ง (Park improvement ที่ 6 สัปดาห์) ความรุนแรงของอาการบิดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณคอดีขึ้น.....% และอาการปวดลดลง.....%

4. ขนาดยาที่ใช้ Botox® ยูนิต

Dysport®.....ยูนิต

ขนาดยาสะสม Botox® ยูนิต (ไม่เกิน 300 unit/ปี) Dysport®.....ยูนิต (ไม่เกิน 1,000 unit/ปี)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2. ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....