

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Donepezil hydrochloride

ข้อบ่งใช้ ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ที่มีความรุนแรงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง  
(mild to moderate)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

## เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

1. ชื่อ- นามสกุล.....	2. HN.....	3. AN.....
4. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	5. วัน / เดือน / ปีเกิด .....	6. อายุ.....ปี.....เดือน
7. เลขประจำตัวประชาชน <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. รหัสโรงพยาบาล.....	
9. สิทธิเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	
10 ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. Authorization number.....	

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

## แพทย์

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....
1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. อาการของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากอาการเพ้อ (delirium) หรือเป็นผลกระทบจากสารเสพติด หรือ จากโรคทางจิตเวช	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงมาก (very severe dementia) หมายถึง ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มี การพึ่งพาโดยสิ้นเชิง (totally dependence) และมีสภาพอนตติเตียง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. ประเมินผู้ป่วยหลังได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้ว	
<input type="checkbox"/> การประเมินในเดือนที่ 3 และ 6 หลังจากได้ยาครั้งแรก	
ระยะเวลา <input type="checkbox"/> 3 เดือน หรือ <input type="checkbox"/> 6 เดือน ด้วยเกณฑ์ TMSE หรือ MMSE-T คะแนนเท่าเดิมหรือดีขึ้น	
การประเมินครั้งแรกด้วยเกณฑ์ <input type="checkbox"/> TMSE <input type="checkbox"/> MMSE-T วันที่ประเมิน .....	คะแนน .....
การประเมินครั้งนี้ด้วยเกณฑ์ <input type="checkbox"/> TMSE <input type="checkbox"/> MMSE-T วันที่ประเมิน .....	คะแนน .....
<input type="checkbox"/> การประเมินทุก 1 ปีหลังได้ยาครั้งแรก	
ด้วยเกณฑ์ TMSE หรือ MMSE-T หรือ FAST หรือ GDS คะแนนเท่าเดิมหรือดีขึ้น	
การประเมินครั้งแรกด้วยเกณฑ์ <input type="checkbox"/> TMSE <input type="checkbox"/> MMSE-T วันที่ประเมิน .....	คะแนน .....
<input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> TMSE	
การประเมินครั้งนี้ด้วยเกณฑ์ <input type="checkbox"/> TMSE <input type="checkbox"/> MMSE-T วันที่ประเมิน .....	คะแนน .....
<input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> TMSE	

## ขนาดยาและวิธีใช้

Donepezil hydrochloride ..... mg ต่อวัน

(สูงสุดแนะนำไม่เกิน 10 mg ต่อวัน การปรับยาให้ปรับหลังจากเริ่มใช้ยาในขนาดเริ่มต้นไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน)

