

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา **ครั้งแรก**

Gonadotrophin-releasing hormone (GnRH) analogues

ข้อบ่งใช้ภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

1. ชื่อ- นามสกุล..... 2. HN..... 3. AN.....
4. เพศ ชาย หญิง 5. วัน / เดือน / ปี เกิด / / 6. อายุ.....ปี.....เดือน
7. น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร
8. เลขประจำตัวประชาชน - 9. รหัสโรงพยาบาล.....
10. สิทธิเบิก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม
สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ อื่นๆระบุ.....
11. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง..... 12. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

1. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty
- 1.1 วัน/เดือน/ปี ที่วินิจฉัย / /
- 1.2 เริ่มมีอาการเมื่ออายุ ปี เดือน
2. การพัฒนาทางเพศทุติยภูมิ (secondary sex characteristics)
- 2.1 ก่อนอายุ 8 ปีในเด็กหญิง ใช่ ไม่ใช่
โปรดระบุรายละเอียด
- 2.2 ก่อนอายุ 9 ปีในเด็กชาย ใช่ ไม่ใช่
โปรดระบุรายละเอียด
3. น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร ความสูงเป้าหมาย เซนติเมตร
4. ความสูงบิดา เซนติเมตร ความสูงของมารดา เซนติเมตร ความสูงเฉลี่ยของบิดาและมารดา เซนติเมตร

ส่วนที่ 3 การขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งแรก (การอนุมัติแต่ละครั้งมีระยะเวลา 12 เดือน)

- วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา..... / /
1. ต้อง **ไม่**เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Terminally ill) ใช่ ไม่ใช่
2. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบทุกข้อ (ข้อ 2.1-2.3) ใช่ ไม่ใช่
- 2.1 ระดับ Luteinizing hormone (LH) มีระดับสูงเหมือนเด็กเข้าสู่วัยหนุ่มสาว (Pubertal LH level) ใช่ ไม่ใช่
(ตามข้อใดข้อหนึ่ง)
- 2.1.1 มี basal LH มากกว่า 0.3-0.5 IU/L โดยมีค่า basal LH = IU/L
- 2.1.2 peak LH หลังกระตุ้นด้วย gonadotrophin-releasing hormone (GnRH) มากกว่า 6 IU/L (ICMA) หรือมากกว่า 10 IU/L (RIA)
ระบุค่า GnRH = IU/L (ICMA) หรือ IU/L (RIA)
- 2.1.3 ระดับ LH/FSH หลังกระตุ้นด้วย GnRH มากกว่า 0.6 (ICMA) หรือมากกว่า 10 (RIA)
ระบุค่า GnRH = IU/L (ICMA) หรือ IU/L (RIA)
- 2.2 มีอายุกระดูกล้ำหน้ามากกว่าอายุจริง (advanced bone age) ใช่ ไม่ใช่
คือ อายุกระดูกมากกว่า 1.0 SD ของอายุปฏิทิน (ระบุอายุกระดูก = ปี)

2.3 ผลการทำ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง (ต้องทำทุกราย)

2.3.1 เด็กชาย

1. ได้รับการตรวจ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง ระบุวันที่ตรวจ ใช่ ไม่ใช่

2.3.2 เด็กหญิงเริ่มมีอาการเมื่ออายุต่ำกว่า 7 ปี

1. ได้รับการตรวจ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง ระบุวันที่ตรวจ ใช่ ไม่ใช่

2.3.3 เด็กหญิงเริ่มมีอาการเมื่ออายุมากกว่า 7 ปี (ครบทุกข้อ)

1. ตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติทางระบบประสาท และ ใช่ ไม่ใช่2. ได้รับการตรวจ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง ใช่ ไม่ใช่

2.4 ผลการตรวจอื่นๆ

 ไม่มี มี ได้แก่

2.4.1 มีผลตรวจ ultrasound pelvis ในเพศหญิง วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ/...../.....

2.4.2 มีผลการตรวจอื่นๆ โปรดระบุรายละเอียด.....
วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ/...../.....

3. แผนการรักษาโดยใช้ยา GnRH analogues

3.1 อายุเริ่มใช้ยา GnRH analogues

3.1.1 เด็กชาย

1. อายุปฏิทินไม่มากกว่า 12 ปี (ระบุอายุ ปี) ใช่ ไม่ใช่2. อายุกระดูกน้อยกว่า 14 ปี (ระบุอายุกระดูก ปี) ใช่ ไม่ใช่

3.1.2 เด็กหญิง

1. อายุปฏิทินไม่มากกว่า 11 ปี (ระบุอายุ ปี) ใช่ ไม่ใช่2. อายุกระดูกน้อยกว่า 12.5 ปี (ระบุอายุกระดูก ปี) ใช่ ไม่ใช่

(หมายเหตุ ไม่เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาซ้ำมาก กล่าวคือ อายุกระดูกมากกว่า 12.5 ปี ในเด็กหญิง หรือมากกว่า 14 ปี ในเด็กชาย
เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการใช้ยาในขณะนี้ อายุกระดูกเจริญมากแล้ว จะช่วยให้ความสูงสุดท้ายเพิ่มขึ้น)

3.2 ชนิดของยา GnRH analogues ที่ใช้

3.2.1 Leuprorelin acetate วัน/เดือน/ปี ที่ เริ่มให้ยา/...../.....

ขนาดยาที่ ให้ครั้งนี้..... ไมโครกรัม คิดเป็น..... ไมโครกรัม/กิโลกรัม

ขนาดยาสะสมรวม..... ไมโครกรัม

(ขนาดยาที่ แนะนำคือ Leuprorelin acetate 11.25 มิลลิกรัม IM ทุก 12 สัปดาห์)

3.2.2 Triptorelin pamoate วัน/เดือน/ปี ที่ เริ่มให้ยา/...../.....

ขนาดยาที่ ให้ครั้งนี้..... ไมโครกรัม คิดเป็น..... ไมโครกรัม/กิโลกรัม

ขนาดยาสะสมรวม..... ไมโครกรัม

(ขนาดยาที่ แนะนำคือ Triptorelin pamoate 11.25 มิลลิกรัม IM ทุก 12 สัปดาห์)

(หมายเหตุ peak LH หลังฉีดยา 1-2 ชั่วโมง ควรน้อยกว่า 3-4 IU/L)

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

ว..... วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

วันที่...../...../.....