

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาต่อเนื่อง

Gonadotrophin-releasing hormone (GnRH) analogues

ข้อบ่งใช้ภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

แบบฟอร์มการขออนุมัติยาต่อเนื่องในการฉีดยา และกรณีหยุดยา วันที่ /...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

1. ชื่อ- นามสกุล.....	2. HN.....	3. AN.....
4. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	5. วัน / เดือน / ปี เกิด	6. อายุ.....ปี.....เดือน
7. น้ำหนักตัว	กิโลกรัม ส่วนสูง	เซนติเมตร
8. 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"/>	9. รหัสโรงพยาบาล.....	
10. สิทธิเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	
11. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....	12. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

- ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Terminally ill) ใช่ ไม่ใช่
- น้ำหนักตัว
- การประเมินผลการรักษา
 - ชนิดของยา GnRH ที่ใช้ครั้งล่าสุด
 - 3.1.1 Leuprorelin acetate วัน/เดือน/ปี ที่ เริ่มให้ยา
 - ครั้งนี้ได้รับยาเป็นครั้งที่
 - 3.1.2 Triptorelin pamoate วัน/เดือน/ปี ที่ เริ่มให้ยา
 - ครั้งนี้ได้รับยาเป็นครั้งที่
 - ผลการประเมินจากการตรวจทางคลินิก วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ
 - 3.2.1 กรณีเด็กหญิง
 - ไม่มีการขยายตัวของเต้านม ไม่มีตกขาว ไม่มี growth spurt ใช่ ไม่ใช่
 - หรือไม่มีอัตราความสูงเพิ่มขึ้นเร็วเหมือนเด็กวัยรุ่น
 - 3.2.2 กรณีเด็กชาย
 - ไม่มีการขยายของอวัยวะเพิ่มขึ้น ไม่มี growth spurt ใช่ ไม่ใช่
 - หรือไม่มีอัตราความสูงเพิ่มขึ้นเร็วเหมือนเด็กวัยรุ่น
 - 3.3 ผลการประเมินด้านความปลอดภัย
 - ผื่นแพ้ยา มี ไม่มี
 - Sterile abscess บริเวณที่ฉีดยา มี ไม่มี
 - อื่นๆ โปรดระบุ มี ไม่มี

4. ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

โดย ใช้ยา GnRH analogues ชนิดเดิม

มีการเปลี่ยนชนิดของยา GnRH analogues ที่ใช้

4.1 ชนิดของยา GnRH analogues ที่ใช้

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

ขนาดยาที่ให้ครั้งนี้ ไมโครกรัม คิดเป็น ไมโครกรัม/กิโลกรัม

ซึ่งเป็นขนาดยาที่ เท่าเดิม เพิ่มขึ้น อื่นๆ ระบุ

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

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

ขนาดยาที่ให้ครั้งนี้ ไมโครกรัม คิดเป็น ไมโครกรัม/กิโลกรัม

ซึ่งเป็นขนาดยาที่ เท่าเดิม เพิ่มขึ้น อื่นๆ ระบุ

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

4.2 peak LH หลังฉีดยา 1-2 ชั่วโมง

ไม่มี

มี โปรตรระบุIU/L วัน/เดือน/ปี ที่ ตรวจ/...../.....

5. ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดยา

ใช่ ไม่ใช่

เนื่องจาก 5.1 อายุกระดูก (bone age) 12-13 ปี ในเด็กหญิง หรือ 13.5-14.5 ปี ในเด็กชาย

5.2 อายุจริง (chronological age) มากกว่า 9 ปี ขึ้นไปในเด็กหญิง หรือ มากกว่า 10 ปี ขึ้นไปในเด็กชาย และ ความสูง สดท้ายจากการคำนวณใกล้เคียงปกติตามศักยภาพ ของพันธุกรรม (โดยพิจารณาในด้านความพร้อมของร่างกาย จิตใจ หรือ maturity ของเด็ก)

5.3 อื่นๆ โปรตรระบุ.....

.....
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

ว..... วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

วันที่...../...../.....