

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรค idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง**

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN	3. AN
4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	6. วันเดือนปีเกิด	7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล	10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
11. authorization number	12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม	13. ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		
วันเดือนปีที่ให้ยา		
	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้		
A มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ วันเดือนปีที่ตรวจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(peripheral blood smear และ bone marrow examination)		
C ไม่มีสาเหตุอื่นๆของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
กรณี absolute indication กรอกข้อ 3, 5 และ 6		
กรณี relative indication กรอกข้อ 4, 5 และ 6		
3. กรณี absolute indication ผู้ป่วยเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้		
D มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ระบุจำนวนเกล็ดเลือด /ลูกบาศก์มิลลิเมตร วันเดือนปีที่ตรวจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต ระบุตำแหน่งเลือดออกในอวัยวะสำคัญ <input type="checkbox"/> สมอ <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน เช่น anti-Rho (D) immune globulin, เกล็ดเลือดและคอร์ติโคสเตรอยด์ วันเดือนปีที่เริ่มให้คอร์ติโคสเตรอยด์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ใช่ ไม่ใช่

3. F ระบุชื่อยา
 ระบุขนาดยา มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน
 ระบุจำนวนเกล็ดเลือดตกภายหลังการให้คอร์ติโคสเตรอยด์ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

4. กรณี relative indication เป็นการให้ยาในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค acute ITP ที่จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม

G มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 H ได้รับ คอร์ติโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่ม
 จำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา **ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง**

น้ำหนักตัว กิโลกรัม (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน
 เป็นเวลา 2-5 วัน หรือ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม. ให้ยาซ้ำครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังให้ยาครั้งแรก)
 วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา วัน
 ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้อยู่ที่ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี absolute indication คือ 1. ใช่ 2. ใช่ทุกข้อ 3. ใช่ทุกข้อ และ 5.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
 กรณี relative indication คือ 1. ใช่ 2. ใช่ทุกข้อ 4. ใช่ทุกข้อ และ 5.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

6. ผลการรักษา

6.1 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
 (โปรดระบุรายละเอียด)
 6.2 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา
 ระบุจำนวนเกล็ดเลือดหลังให้ยา /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... (ควรตรวจหลังให้ยา IVIG 3 วัน)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

.....
 ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

.....
 ตำแหน่ง

วันที่/...../.....