

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน

## ข้อบ่งใช้โรคอะโครเมกาลี (Acromegaly)

## แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

1. ชื่อ- นามสกุล.....	2. HN.....	3. H code .....
4. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	5. วัน / เดือน/ปีเกิด .....	6. อายุ.....ปี.....เดือน น้ำหนัก.....กิโลกรัม
ส่วนสูง .....เซนติเมตร	7. NAP No. D4- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
หรือเลขประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) <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. สิทธิเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค acromegaly โดย	
2.1 มีอาการทางคลินิกที่เข้ากันได้กับโรค acromegaly	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2.2 มีระดับ IGF-1 สูงกว่าค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2.3 มีระดับต่ำสุดของ GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ในขณะที่ทำ 75 g OGTT	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและได้รับการฉายแสง	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแต่มีข้อห้ามในการฉายแสง	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้	
4. ผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับฮอร์โมนข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> ที่ 12 สัปดาห์หลังรักษาตามข้อ 3 พบระดับฮอร์โมน IGF-1 สูงกว่าค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกัน และมีระดับต่ำสุดของ GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรในขณะที่ทำ 75 g OGTT	
<input type="checkbox"/> ที่ 12 สัปดาห์หลังรักษาตามข้อ 3 พบระดับฮอร์โมน IGF-1 สูงกว่าค่าปกติ แต่ระดับต่ำสุดของ GH น้อยกว่า 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ในขณะที่ทำ 75 g OGTT ให้ตรวจ IGF-1 ซ้ำที่ 24 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ถ้าระดับของ IGF-1 เมื่อตรวจซ้ำแล้ว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศเดียวกันสามารถพิจารณาให้ยาได้	
5. มีข้อห้ามทางคลินิกที่ทำให้ไม่สามารถทำการผ่าตัดซ้ำได้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

.....  
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา  
 (.....)  
 เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....  
 วันที่...../...../.....

## ผลการอนุมัติ

 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

วันที่...../...../.....