

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน

ข้อบ่งใช้โรคอะโครเมกาลี (Acromegaly)

แบบฟอร์มการขออนุมัติทุก 12 เดือน

(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
ส่วนสูงเซนติเมตร	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"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยา Octreotide ชนิดออกฤทธิ์นานต่อ ตามคำจำกัดความดังต่อไปนี้

	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ระดับ IGF-1 ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับอายุและเพศ ระดับค่า IGF-1 เท่ากับ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ระดับ Random GH มากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

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