

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Raltegravir (RAL) ในหญิงตั้งครรภ์

ข้อบ่งใช้ : ใช้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก (HIV infected pregnant women who have high risk for Mother To Child HIV Transmission (MTCT))

วันที่ ...../...../.....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□□  
 หรือเลขประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□□-□□-□  
 วันเดือนปีเกิด ...../...../..... อายุ ..... ปี น้ำหนัก ..... กิโลกรัม  
 สิทธิเบิก  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ  อื่นๆระบุ.....  
 ได้รับ Post-authorization แล้ว Authorization number.....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

## ข้อมูลมารดา

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี  ใช่  ไม่ใช่
- อายุครรภ์ ..... สัปดาห์
- ประวัติการกินต้านไวรัสในการตั้งครรภ์นี้  
 เคยกินยามาก่อน กรณาระเบิดบุตรยา ..... วันที่เริ่มกินยา ...../...../.....  
 ไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน
- CD4 (ถ้ามี) ..... cells/mm<sup>3</sup> วันที่ตรวจ ...../...../.....
- หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้าเกณฑ์การใช้ยา Raltegravir เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารก  
 ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวี ในช่วงตั้งครรภ์นี้ และเริ่มยาต้านไวรัสที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์  
 เคยได้รับยาต้านเอชไอวีในช่วงตั้งครรภ์นี้มาก่อนแต่ระดับไวรัสในพลาสมา (plasma viral load) ที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 copies/mL
- ยาต้านไวรัสสูตรมาตรฐาน 3 ตัวที่จะใช้ร่วมกับ Raltegravir (ระเบิดบุตรยา)  
 .....

## ข้อมูลทารก

(หมายเหตุ : ขึ้นกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์พิจารณาไปใช้ ไม่ขึ้นกับการอนุมัติการใช้ยา)

- เลขบัตรประชาชนของทารก □-□□□□-□□□□□□-□□-□ หรือ HN .....
- ทารกคลอดวันที่ ...../...../..... เพศ  ชาย  หญิง  
 ทารกคลอด  มีชีวิต  เสียชีวิตระบุสาเหตุเสียชีวิต .....
- อายุครรภ์ตอนคลอด ..... สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดของทารก ..... กรัม
- Mode of delivery  ทางช่องคลอด

ผ่าท้องคลอดฉุกเฉิน (emergency C/S)

ผ่าท้องคลอดนัดหมายล่วงหน้า (elective emergency C/S)

11. ประวัติ HIV plasma viral load หลังได้รับยา raltegravir เช่น ในวันที่คลอด (ถ้ามี)

วันที่ตรวจ ...../...../..... ปริมาณไวรัสเอชไอวี ..... copies/mL

#### ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้าน RAL ในแม่  ไม่มี  มี โปรดระบุ .....

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้าน RAL ในลูก  ไม่มี  มี โปรดระบุ .....

สรุปการติดเชื้อเอชไอวีของทารก  ทารกติดเชื้อเอชไอวี  ทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวี

ไม่สามารถสรุปได้ ระบุสาเหตุ .....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

#### ผลการอนุมัติ

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....