

แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยา Peginterferonalfa (ชนิด 2a หรือ 2b) ร่วมกับ Ribavirin ต่อเนื่อง  
 ขอบ่งใช้  รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง genotype 2, 3  
 รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง genotype 1, 6

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่อง

- genotype 2, 3 ครั้งที่  2 (เดือนที่ 5-7)  3 (เดือนที่ 13) เป็นการติดตามผลการรักษา
- genotype 1, 6 ครั้งที่  2 (เดือนที่ 5-7)  3 (เดือนที่ 8-10)  4 (เดือนที่ 11-13)  
 5 (เดือนที่ 18) เป็นการติดตามผลการรักษา  
 6 (เดือนที่ 24) เป็นการติดตามผลการรักษา

วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล...../...../25.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....สกุล..... 2. เพศ  ชาย  หญิง
3. HN..... 4. AN..... 5. รหัสโรงพยาบาล.....
6. เลขที่ประจำตัวประชาชน
7. วันเดือนปีเกิด ...../...../..... 8. อายุ.....ปี.....เดือน
9. สิทธิการรักษา  สปสช.  ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ  อื่นๆ.....
10. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม 11. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

**ข้อมูลทางคลินิก**

1. ผู้ป่วยมี ECOG performance status  0  1  2  3  4
2. ผลการตรวจ

วันที่ตรวจ	ผลการตรวจ
...../...../25.....	HCV genotype <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ).....
...../...../25.....	HCV RNA ..... IU/mL
...../...../25.....	CBC; Hb.....g/dL, WBC.....cell/mm <sup>3</sup> , PMN .....% Platelet count .....cell/mm <sup>3</sup>
...../...../25.....	AST ..... IU/L, ALT ..... IU/L, Albumin.....g/dl, INR.....
...../...../25.....	Child-Pugh score .....
...../...../25.....	ผลการตรวจ HIV <input type="radio"/> Undetected <input type="radio"/> Detected viral load ..... IU/ml
...../...../25.....	- กรณีที่ได้รับยาต้านไวรัส HAART มีค่า CD <sub>4</sub> = ..... cell/ml
...../...../25.....	- กรณีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส HAART มีค่า CD <sub>4</sub> = ..... cell/ml

3. มีการปรับยาจากครั้งแรกหรือไม่

- ไม่มี
- มี เมื่อวันที่ ...../...../25....

4. ขณะนี้ได้รับยา

- ชนิดยา peginterferon alfa 2a ขนาดยาที่ใช้ = ..... mcg /week, Ribavirin .... mg/day
- ชนิดยา peginterferon alfa 2b ขนาดยาที่ใช้ = ..... mcg /week, Ribavirin .... mg/day

5. เข้าเกณฑ์การหยุดยา โดยได้รับยาคั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ ...../...../25....

- ได้รับการรักษาครบระยะเวลา คือ ..... สัปดาห์
- โรคร่วมเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่กำเริบมากขึ้นเมื่อได้รับยา Interferon และ ribavirin จนไม่สามารถควบคุมได้
- ผู้ป่วยไม่สามารถทนผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา Peginterferon alfa (ชนิด 2a/2b) หรือ Ribavirin ได้ ซึ่งทำให้
- หยุดใช้ยานานกว่า 4 สัปดาห์
- ลดขนาดยา Peginterferon alfa (ชนิด 2a/2b) หรือ Ribavirin ลงมากกว่าร้อยละ 50
- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาที่ได้ลงลายมือชื่อไว้แล้ว และแพทย์ผู้รักษาเห็นสมควร  
ระบุเหตุผล.....
- HCV RNA ลดลงน้อยกว่า 2log ในสัปดาห์ที่ 12 ของการรักษา เทียบกับก่อนการรักษา
- ยังตรวจพบ HCV RNA ในสัปดาห์ที่ 24 ของการรักษา
- ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างรับการรักษา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา ..... จ.....