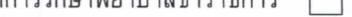


แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Verteporfin

ข้อบ่งใช้ โรคจุดภาพซัดจ่อประสาทตาเลื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเล้านเลือดออกใหม่
ได้รอยบุ๋มจอดา ชึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบคลาสิก

(predominantly classic subfoveal choroidal neovascularization (CNV)
due to age-related macular degeneration (wet form))

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

<p>1. ชื่อ-นามสกุล</p> <p>4. ลิธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพด่วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p> <p>5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ ปี เดือน</p> <p>8. เลขประจำตัวประชาชน  9. รหัสโรงพยาบาล</p> <p>10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ 11. authorization number</p> <p>12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม 13. ส่วนสูง เซนติเมตร 14. พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร</p>	<p>ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย</p> <p>2. HN</p> <p>3. AN</p>
---	--

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		วันเดือนปีที่ให้ยา	
		ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. การให้ยา verteporfin ครั้งนี้เป็นการใช้ยาครั้งที่	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
□ ตาซ้าย เป็นครั้งที่ □ ตาขวา เป็นครั้งที่			
หมายเหตุ อนุญาตให้ใช้ได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อตา 1 ข้าง			
3. ผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์กำหนดดังต่อไปนี้ ครบทุกข้อ			
3.1 ได้รับคำวินิจฉัยว่าเป็นโรคจุดภาพขั้นตอนประสาทตาเลื่อมที่มีสาเหตุจากสูงวัยแบบเบิก	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 มีผลการตรวจโดย fluorescein angiography (FFA) พบว่าเลี้นเลือดองอกใหม่ได้ร้อยบุ่มจอดา	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ดังแต่ร้อยละ 50 ของรอยโรค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบคลาสสิก			
3.3 ผลการวัดสายตา ก่อนการรักษา			
3.3.1 ตาซ้าย ระบุ เห่ากับหรือตีกว่า 6/60 หรือ 20/200			
3.3.2 ตาขวา ระบุ เห่ากับหรือตีกว่า 6/60 หรือ 20/200			
4. ปริมาณยา verteporfin ทั้งหมดที่ใช้ มิลลิกรัม (ขนาดที่แนะนำคือ 6 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร หยดเข้าหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลานานกว่า 10 นาที ตามด้วยการกระตุนด้วยแสงที่ 15 นาทีหลังจากเริ่มให้ยา)			
สำหรับผู้อนุมัติ	1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. การขออนุมัติต้องไม่เกิน 4 ครั้งต่อตา 1 ข้าง 3.1 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3.2 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่		
	3.3 ผลการวัดสายตา ก่อนการรักษา เป็นไปตามเกณฑ์ และ 4. ขนาดยา เป็นไปตามเกณฑ์		

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ / /

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /