

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4.2	ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO (ต่อ)	พบ	ไม่พบ
	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยมีภาวะ megaloblastic anemia ซึ่งมีหลักฐานน่าเชื่อถือว่าเกิดจากการขาดโฟเลต หรือวิตามินบี 12 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3	ผู้ป่วยมีโรคร่วม (co-morbid disease) อื่นๆ ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สำหรับผู้อนุมัติ ก. สำหรับระยะเริ่มให้ยา (Initial Phase) กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 เกณฑ์การขออนุมัติให้ยา คือ 1. ใช่ 2. ใช่ 4.1 ใช่ทุกข้อ และ 4.2 ไม่พบทุกข้อ

ข. ระยะการรักษาต่อเนื่อง (Maintenance Phase) เพื่อควบคุมภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

4.4	ต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป	ใช่	ไม่ใช่
	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยเคยได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา EPO แล้ว ผู้ป่วยเคยทำ dialysis ในกรณีที่มีการทำ dialysis แล้ว มีการแสดงค่า Kt/V ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 3 เดือน (ก่อนวันยื่นขอเบิกยา) มีการตรวจ Serum ferritin ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยค่า Serum ferritin ควรมากกว่า 100 นาโนกรัม/มิลลิลิตร) มีการตรวจ TSAT ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยค่า TSAT ควรมากกว่า หรือเท่ากับ 20%) 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5	ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา Erythropoietin (EPO)	พบ	ไม่พบ
	ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีภาวะ pure red cell aplasia (PRCA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6	ผู้ป่วยมีโรคร่วม (co-morbid disease) อื่นๆ ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

4.7	ต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป	ใช่	ไม่ใช่
	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยเคยได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา EPO แล้ว มีการตรวจ Serum ferritin ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยค่า Serum ferritin ควรมากกว่า 100 นาโนกรัม/มิลลิลิตร) มีการตรวจ TSAT ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน (โดยค่า TSAT ควรมากกว่า หรือเท่ากับ 20%) 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

	พบ	ไม่พบ
4.8 ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา Erythropoietin (EPO) ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้า ได้กับกลุ่มโรค EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีภาวะ pure red cell aplasia (PRCA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.9 ผู้ป่วยมีโรคร่วม (co-morbid disease) อื่นๆ ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

5.1 ยา Erythropoietin (EPO) ที่สั่งใช้โดยแพทย์เป็นชนิด

- EPO Alpha (เฉพาะ 1000, 2000, 3000, 4000, 5000 IU) ชื่อการค้า
- EPO Beta (เฉพาะ 2000, 3000, 5000 IU) ชื่อการค้า

5.2 ชื่อการค้าของยาที่ผู้ป่วยได้รับจริง ชื่อเภสัชกรผู้จ่ายยา

5.3 Body weight kg, dose ต่อครั้ง IU, วิธีบริหารยา SC IV

ทุก ระยะเวลาการขอเบิกยา สัปดาห์

ขนาดยา EPO alpha/beta ที่แนะนำในภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง : ผู้ใหญ่ 50-150 ยูนิต/กิโลกรัม/สัปดาห์
และเด็ก 50-200 ยูนิต/กิโลกรัม/สัปดาห์ (น้ำหนักคำนวณโดยใช้ ideal body weight) และวิธีบริหารยาให้ทาง
IV หรือ SC

สำหรับผู้อนุมัติ ข. ระยะการรักษาต่อเนื่อง (Maintenance Phase) เพื่อควบคุมภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง

กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

1. ใช่ 2. ใช่ 4.4 ใช่ ทุกข้อ และ 4.5 ไม่พบทุกข้อ และ 5.3 ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หรือ

กรณีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

1. ใช่ 2. ใช่ 4.7 ใช่ ทุกข้อ และ 4.8 ไม่พบทุกข้อ และ 5.3 ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

.....
ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....