

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIg)
ข้อบ่งใช้ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอน
ของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ไม่เป็นผู้ป่วยเด็ก (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วยเด็ก)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ วันเดือนปีที่วินิจฉัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้		
A มีอาการแสดงของภาวะโลหิตจางและดีซ่าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B ตรวจสเมียร์เลือด พบลักษณะของ hemolytic anemia โดยมี <input type="checkbox"/> spherocytosis <input type="checkbox"/> polychromasia และ <input type="checkbox"/> nucleated red blood cell วันเดือนปีที่ตรวจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นสอดคล้องกับภาวะ hemolytic anemia วันเดือนปีที่ตรวจ		
1) direct Coombs' test ให้ผลบวก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) มีการเพิ่มขึ้นของ reticulocyte count ระบุจำนวนนับของ reticulocyte (absolute reticulocyte count)/ไม่โครลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) ตรวจพบ bilirubin ในปัสสาวะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

แพทย์

ใช่ ไม่ใช่

5. มีเงื่อนไขการใช้ยาครบถ้วนตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid

วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroid/...../.....

ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ให้ยา

F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะช็อค ได้แก่

unstable angina myocardial infarction heart failure stroke

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา วัน

ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

(ขนาดยาที่แนะนำคือ 400-500 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4-5 วัน หรือ 1 กรัม

ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2. ใช่ 3. ใช่ 4. ใช่ทุกข้อ 5. ใช่ทุกข้อ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. ผลการรักษา

ก่อนให้ IVIG Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

หลังให้ IVIG 3 วัน Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

8. หากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโปรดระบุรายละเอียด

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

.....
ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....