

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

	ใช่	ไม่ใช่
3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้		
3.1 ผลการตรวจ CSF พบ Elevated cerebrospinal fluid protein with <10 cells/ml (sometimes a rise in protein content is not seen until the end of the second week of illness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พบ Slow nerve conduction velocity or conduction block, normal or small compound muscle action potentials, absent or prolonged F-waves, acute denervation or decreased recruitment/interference pattern (The findings depend on timing of electrodiagnostic test)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
สำหรับผู้อนุมัติ 3.1 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และควรมีข้อ 3.2 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่		
4. ขนาดและวิธีการใช้ยา		
น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIGทั้งหมดที่ใช้ กรัม คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ คือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน) วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่/...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่/...../.....		
สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์		
5. ทำการรักษา Plasma exchange (PE) ร่วมด้วยหรือไม่		
สำหรับผู้อนุมัติ ไม่รักษาด้วยยา IVIG ร่วมกับ Plasma exchange		

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 (.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ
 วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....