

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ Guillain–Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์	ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
	1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN	
	4. ลิธิอิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพตัวหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> ล้วสดิการรักษาพยาบาลชั้นราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
	5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../.....	7. อายุ ปี เดือน
	8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล	
	10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....	
<p>1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) <input checked="" type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้</p> <p>2.1 ลักษณะทางคลินิก</p> <p>A มี Weakness of both arms and legs <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>B มี Absent or depressed deep tendon reflexes <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>C มีอาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์ <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>D อาการอ่อนแรงมีลักษณะค่อนข้าง symmetry <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>E มี Sensory symptoms and signs <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>F มี Cranial nerve involvement esp. bilateral facial palsy, LMN type <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>G Recovery beginning two to four weeks after progression ceases <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>H มี Autonomic dysfunction <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>I มี Absence of fever at onset <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>J มี Severity of weakness: distal ≥ proximal <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้</p> <p>K มีอาการหายใจลำบาก <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p> <p>L มี severe weakness <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่, 2.1 ข้อ A, B, C, ครบถ้วน <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 2.2 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ	

ใช่ ไม่ใช่

3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้

- 3.1 ผลการตรวจ CSF พน 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)
- 3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พน 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)

สำหรับผู้อนุมัติ 3.1 ใช่ และความมีข้อ 3.2 ใช่

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIGทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยาIVIGที่แนะนำ 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 / /