

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
 ขออนุญาตใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล 2. HN
3. AN
4. สิทธิการเบิก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม
สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ อื่นๆ ระบุ
5. เพศ ชาย หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 9. รหัสโรงพยาบาล
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ใช่ ไม่ใช่ 11. authorization number
12. ชื่อ-นามสกุลของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HLH ต้องมีผลการตรวจร่างกายครบทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้		
2.1 มีไข้ (Fever)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 ม้ามโต (Splenomegaly)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines (โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้)		
2.3.1 Hemoglobin < 9 กรัม/เดซิลิตร (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 กรัม/เดซิลิตร)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.2 Absolute neutrophil <1000/ไมโครลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.3 Platelet < 100,000/ไมโครลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 มีการตรวจพบ Hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อมน้ำเหลือง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. นอกจากนี้อาจมีการตรวจพบอื่นๆ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ได้แก่		
3.1 Fasting triglyceride > 2 มิลลิโมล/ลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 Fibrinogen < 1.5 กรัม/ลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Serum ferritin > 500 ไมโครกรัม/ลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2400 ยูนิต/มิลลิลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5 Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ใช่ 2.1 ใช่ 2.2 ใช่ 2.3 อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ใช่ และ 2.4 ใช่

แพทย์

แพทย์

4. ปริมาณยา IVIG ที่สั่งใช้ในครั้งนี้

น้ำหนักตัวผู้ป่วย กิโลกรัม วันที่เริ่มให้ยา/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน

(ขนาดยาที่แนะนำ 400 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3-5 วัน ขนาดยารวม (Total dose) 2 กรัมต่อกิโลกรัม)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....