

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ โรค idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- AN
- สิทธิการเบิก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อื่นๆ ระบุ
- เพศ ชาย หญิง
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ใช่ ไม่ใช่
- authorization number
- น้ำหนักตัว กิโลกรัม
- ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้ | | |
| A มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....
(peripheral blood smear และ bone marrow examination) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C ไม่มีสาเหตุอื่นๆของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

กรณี absolute indication กรอกข้อ 3, 5 และ 6

กรณี relative indication กรอกข้อ 4, 5 และ 6

3. กรณี absolute indication ผู้ป่วยเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| D มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
ระบุจำนวนเกล็ดเลือด /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต
ระบุตำแหน่งเลือดออกในอวัยวะสำคัญ
<input type="checkbox"/> สมอ <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน เช่น anti-Rho (D) immune globulin,
เกล็ดเลือดและคอร์ติโคสเตรอยด์
วันเดือนปีที่เริ่มให้คอร์ติโคสเตรอยด์/...../..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ใช่ ไม่ใช่

3. F ระบุชื่อยา
 ระบุขนาดยา มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน
 ระบุจำนวนเกล็ดเลือดตกภายหลังการให้คอร์ติโคสเตรอยด์ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

4. กรณี **relative indication** เป็นการให้ยาในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค acute ITP ที่จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม

G มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 H ได้รับ คอร์ติโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่ม
 จำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา **ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง**

น้ำหนักตัว กิโลกรัม (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน
 เป็นเวลา 2-5 วัน หรือ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม. ให้ยาซ้ำครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังให้ยาครั้งแรก)
 วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา วัน
 ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้อยู่ที่ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี **absolute indication** คือ 1. ใช่ 2. ใช่ทุกข้อ 3. ใช่ทุกข้อ และ 5.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
 กรณี **relative indication** คือ 1. ใช่ 2. ใช่ทุกข้อ 4. ใช่ทุกข้อ และ 5.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

6. ผลการรักษา

6.1 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
 (โปรดระบุรายละเอียด)
 6.2 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา
 ระบุจำนวนเกล็ดเลือดหลังให้ยา /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... (ควรตรวจหลังให้ยา IVIG 3 วัน)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
 ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

.....
 ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

.....
 ตำแหน่ง

วันที่/...../.....