

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรคค่าวาชาภิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease)

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล
 2. HN
 4. ลิธอการเปิด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม
 สังสิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ อื่นๆ ระบุ
 5. เพศ ชาย หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ ปี เดือน
 8. เลขประจำตัวประชาชน
 9. รหัสโรงพยาบาล
 10. ได้รับ pre-authorization และ ใช่ ไม่ใช่ 11. authorization number

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ผู้ป่วยเริ่มมีไข้/...../.....

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาเนื่องจากผู้ป่วย terminally ill) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พนverb เป็นโรคต่างตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. เป็นการวินิจฉัยลักษณะใด | | |
| <input type="checkbox"/> ครบตามเกณฑ์ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> ไม่ครบตามเกณฑ์ (incomplete Kawasaki disease) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้

- | | | | |
|----|---|-----------------------|-----------------------|
| A | มีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B1 | เยื่อตาส่วนลูกตา (bulbar) แดงทึบส่องข้างโดยไม่มีชี้ชา | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B2 | มีผื่นผิวนังลักษณะหลายรูปแบบ (polymorphous rash) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B3 | คล้ำบดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ โดยมีขนาดโตกว่า 1.5 เซนติเมตร โดยคล้ำบดเพียงด้านใดด้านหนึ่งของลำคอ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B4 | มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและเยื่อบุช่องปาก โดยมี | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="checkbox"/> ริมฝีปากแดง <input type="checkbox"/> มีรอยแยกที่ริมฝีปาก | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="checkbox"/> ลิ้นเป็นตุ่มและมีสีแดงคล้ายผลสตรอเบอร์รี่ <input type="checkbox"/> มีคอหอยแดงอย่างชัดเจน | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B5 | มีการเปลี่ยนแปลงของผิวนังบริเวณมือและเท้า โดยมี | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="checkbox"/> ฝ่ามือแดง <input type="checkbox"/> ฝ่าเท้าแดง | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="checkbox"/> มือบวม <input type="checkbox"/> เท้าบวม | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C | ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

แพทย์

ใช่ _____ ไม่ใช่/
ไม่ได้ตรวจ

5. ได้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย กรณี incomplete Kawasaki disease

- | | | | |
|----|--|-----------------------|----------------------------------|
| D | มีค่า ESR ≥ 40 มิลลิเมตร/ชั่วโมง และ/หรือ CRP ≥ 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| E1 | ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| E2 | WBC count $\geq 15,000/\mu\text{g}$ ลูกบาศก์มิลลิเมตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| E3 | มีภาวะโลหิตจาง (เมื่อเทียบกับอายุของผู้ป่วย) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| E4 | platelet count $\geq 450,000/\mu\text{g}$ ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ใช้มากกว่า 7 วัน) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| E5 | การตรวจปัสสาวะพนเม็ดเลือดขาว $\geq 10/\text{HPF}$ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| E6 | serum albumin ≤ 3 กรัม/เดซิลิตร | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| F | ตรวจพบความผิดปกติของ echocardiogram | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าๆกัน 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน

4.8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี complete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ

- A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 4 ข้อ) C ใช่ และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
 กรณี incomplete Kawasaki disease เกณฑ์การขออนุมัติใช้ยา คือ
- A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C ใช่ D ใช่ E ใช่ (อย่างน้อย 3 ข้อ)
 และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ หรือ
 A ใช่ B ใช่ (อย่างน้อย 1 ข้อ) C ใช่ F ใช่ และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. กรณีการขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา /...../.....

ใช่ _____ ไม่ใช่ _____

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)
- เป็นผู้ป่วยโรค心血管เชิงรุกเฉียบพลันที่ต้องต่อการรักษาด้วย IVIG ในครั้งแรกและ
 - ลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังคงเข้าได้กับโรค心血管เชิงรุกเฉียบพลัน
 - ยังดูจะไม่พบสาเหตุอื่นๆ ของไข้
 - หลังจากการให้ IVIG dose แรกเสร็จสิ้นไปแล้วนานกว่า 36-48 ชั่วโมงผู้ป่วยยังคงมีไข้อยู่
- การให้ยาครั้งนี้เป็นการให้ยาครั้งที่ (หมายเหตุ พิจารณาให้ IVIG ช้าเพียง 1 ครั้งเท่านั้น)

การให้ยาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อน ชั่วโมง
- การให้ยาครั้งก่อนไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการให้ยา

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม ให้ continuous drip โดยเริ่มขนาด 0.6 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน

4.8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

ข้าพเจ้าทราบว่าควรทำ echocardiogram ครั้งที่ 1 ภายใน 2 ลับเดาท์ หลังเริ่มป่วย และควรทำ echocardiogram ช้าครั้งที่ 2 ภายใน 2 เดือน หลังเริ่มป่วย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ / /

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /