



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่      ไม่ใช่/  
ไม่ได้ตรวจ

5. ได้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย กรณี incomplete Kawasaki disease

D	มีค่า ESR $\geq 40$ มิลลิเมตร/ชั่วโมง และ/หรือ CRP $\geq 3$ มิลลิกรัม/เดซิลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E1	ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E2	WBC count $\geq 15,000$ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E3	มีภาวะโลหิตจาง (เมื่อเทียบกับอายุของผู้ป่วย)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E4	platelet count $\geq 450,000$ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ใช้มากกว่า 7 วัน)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E5	การตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว $\geq 10$ /HPF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E6	serum albumin $\leq 3$ กรัม/เดซิลิตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	ตรวจพบความผิดปกติของ echocardiogram	<input type="radio"/>	<input 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 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน 4.8 มิลลิกรัม/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

ข. กรณีการขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา ..... / ..... / .....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. เป็นผู้ป่วยโรคควาซากิระยะเฉียบพลันที่ติดต่อกับการรักษาด้วย IVIG ในครั้งแรกและ		
2.1 ลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังคงเข้าได้กับโรคควาซากิ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 ยังตรวจไม่พบสาเหตุอื่นๆ ของไข้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 หลังจากการให้ IVIG dose แรกเสร็จสิ้นไปแล้วนานกว่า 36-48 ชั่วโมงผู้ป่วยยังคงมีไข้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. การให้ยาครั้งนี้เป็นการให้ยาครั้งที่ ..... (หมายเหตุ พิจารณาให้ IVIG ซ้ำเพียง 1 ครั้งเท่านั้น)		
การให้ยาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อน ..... ชั่วโมง		
4. การให้ยาครั้งก่อนไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการให้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 สัปดาห์ หลังเริ่มป่วย และควรทำ echocardiogram ซ้ำครั้งที่ 2 ภายใน 2 เดือน หลังเริ่มป่วย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....