



3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต้องกรอกในกรณีที่เป็นการให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรดระบุวันที่ทำการตรวจ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....
3.2.1 Complete blood count (CBC)		
3.2.2 Quantitative serum immunobulin (IgG, IgA, IgM and IgE) levels	IgG (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ..... IgM (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ..... IgA (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ..... IgE (IU/mL) .....	..... ..... ..... .....
3.2.3 B-cell, T-cell function		
3.2.4 การตรวจพันธุกรรม		
3.2.5 อื่นๆ (ระบุ) .....		

4. ขนาดและวิธีการให้ยา

ชื่อการค้าของยา IVIG .....

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ ..... กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ระยะเวลาที่ให้ยาจนยาหมด ..... ชั่วโมง

(ขนาดยาที่แนะนำคือ ครั้งละ 400-600 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 2-4 สัปดาห์ จากนั้นปรับระดับให้ IgG trough level มากกว่า 500 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ ให้มากกว่า 800 มิลลิกรัม/เดซิลิตร กรณีที่มี bronchiectasis หรือการติดเชื้อที่รุนแรง)

5. มี Premedication  ใช่  ไม่ใช่

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยาที่สั่งใช้
Antihistamine		
Antipyretic		
Corticosteroid		
อื่นๆ (ระบุ) .....		

อาการไม่พึงประสงค์

ไม่มี  ผื่น  ไข้  ปวดหรือเวียนศีรษะ  ความดันโลหิตต่ำ

ควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแพ้ยาอย่างใกล้ชิด

สำหรับผู้อนุมัติ กรณีการขออนุมัติเป็นครั้งแรก

1.  ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 3.2 มีผลการตรวจ CBC, IgG, IgA, IgM และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์  
กรณีการได้รับยาต่อเนื่อง

1.  ใช่ 2. เป็น PID ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006 และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....