

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)  
ข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases)

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล

1. ชื่อ-นามสกุล .....	2. HN .....	
4. ลักษณะการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	3. AN .....	
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....		
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด ..... / ..... / .....	7. อายุ ..... ปี ..... เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน ..... 	9. รหัสโรงพยาบาล .....	
10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number .....	
12. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม	13. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร	

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

2. HN .....

3. AN .....

7. อายุ ..... ปี ..... เดือน

9. รหัสโรงพยาบาล .....

11. authorization number .....

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

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

ใช่  ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

2. ผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย PID ชนิด .....

(ตาม Classification ของ The International Union of Immunological Societies 2006)

3. ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย

3.1 ผู้ป่วยมาด้วยอาการติดเชื้อในระบบ .....

3.1.1 เคยได้รับ IVIG มา ก่อน

เคยได้รับ IVIG ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ ..... / ..... / .....

3.1.2 ส่งตรวจ IgG trough level

ผล IgG ..... มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อวันที่ ..... / ..... / .....

3.1.3 เคยได้รับ blood transfusion

เคยได้รับ blood transfusion ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ ..... / ..... / .....

3.1.4 เป็นการรักษาในกรณี

Emergency (life-threatening)

Regular treatment

อื่นๆ (ระบุ) .....

ผู้เขียน

## 3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต้องกรอกในกรณีที่เป็นการให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรดระบุวันที่ทำการตรวจ)

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

## 4. ขนาดและวิธีการให้ยา

ชื่อการค้าของยา IVIG .....

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

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

(ขนาดยาที่แนะนำดีอีก 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  ใช้  ไม่ใช้

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

อาการไม่พึงประสงค์

 ไม่มี  ผื่น  ไข้  ปวดหรือเรียนศีรษะ  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 ...../...../.....