

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin

ข้อบ่งใช้ โรค Spasmodic dysphonia

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

1. ชื่อ- นามสกุล.....	2. HN.....	3. AN.....
4. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	5. วัน / เดือน/ปีเกิด	6. อายุ.....ปี.....เดือน
7. เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	8. รหัสโรงพยาบาล.....	
9. สิทธิเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	
10 ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. Authorization number.....	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

แพทย์

ก.กรณีขออนุมัติการใช้ยาคั้งแรก	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....	
	ใช่	ไม่ใช่
1.ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรค spasmodic dysphonia ด้วยเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังนี้		
2.1 ผู้ป่วยมีอาการของ โรค spasmodic dysphonia ชนิดใด ชนิดหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
2.1.1 Adductor spasmodic dysphonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2 Abductor spasmodic dysphonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.3 Mixed spasmodic dysphonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีทั้งอาการ Adductor spasmodic dysphonia และ Abductor spasmodic dysphonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ไม่พบความผิดปกติของสายเสียงจากภาวะอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เช่น ก้อนเนื้อออก, การอัมพาตกล่องเสียง หรือความผิดปกติของข้อต่อ crico-arytenoid		
3.ขนาดยาที่ใช้ <input type="checkbox"/> Botox® ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาดยาเริ่มต้นไม่เกิน 30 unit ต่อ 1 ครั้ง การรักษา)		
<input type="checkbox"/> Dysport®.....ยูนิต (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาดยาเริ่มต้นไม่เกิน 120 unit ต่อ 1 ครั้ง การรักษา)		

ข.กรณีขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งที่สอง	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....	
	ใช่	ไม่ใช่
1.ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งแรกว่า 3 เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยาคั้งแรก...../...../.....		
3.ระบุผลการรักษาครั้งก่อน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น% (การประเมินเป็นแบบ subjective assessment โดยอาจวัดเป็นร้อยละหรือวัดด้วย visual analogue scale) เปรียบเทียบก่อน และหลังการรักษา		
(การประเมินหลังจากฉีดยาในครั้งที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินเพื่อปรับยา)		
4. ขนาดยาที่ใช้ <input type="checkbox"/> Botox® ยูนิต <input type="checkbox"/> Dysport®.....ยูนิต		
ขนาดยาสะสม <input type="checkbox"/> Botox® ยูนิต (ไม่เกิน 120 unit/ปี) <input type="checkbox"/> Dysport®.....ยูนิต (ไม่เกิน 480 unit/ปี)		

ค.กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่สามเป็นต้นไป

วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งสมควรได้รับยาต่อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การรักษาครั้งนี้ห่างจากครั้งแรกว่า 3 เดือน วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยาครั้งแรก...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ระบุผลการรักษาครั้งก่อน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น% (ประเมินที่ 2-3 สัปดาห์ หลังให้ยาครั้งแรก ก่อน โดยการประเมินเป็นแบบ subjective assessment โดยอาจวัดเป็นร้อยละหรือวัดด้วย visual analogue scale) เปรียบเทียบก่อน และหลังการรักษา (การประเมินหลังจากฉีดยาในครั้งที่ 3 เป็นต้นไปเป็นการประเมินเพื่อให้ยาต่อหรือหยุดยา)		
5. ขนาดยาที่ใช้ <input type="checkbox"/> Botox® หน่วย <input type="checkbox"/> Dysport®.....หน่วย		
ขนาดยาสะสม <input type="checkbox"/> Botox® หน่วย (ไม่เกิน 120 unit/ปี) <input type="checkbox"/> Dysport®.....หน่วย (ไม่เกิน 480 unit/ปี)		

หมายเหตุ **เกณฑ์การหยุดยา** หลังจากให้ยาครบ 3 ครั้งแล้ว ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์พบว่าได้ผลน้อยกว่า 30% ของผลการประเมินก่อนการให้ยาครั้งแรก หากผลประเมินได้ผลน้อยกว่า 30 % สองครั้งติดต่อกัน ให้หยุดยา และพิจารณาการรักษาในแนวทางอื่น

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน โสต ศอ นาสิกวิทยา

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

- **Adductor spasmodic dysphonia** เป็นการเกร็งของกล้ามเนื้อกล่องเสียง ในกลุ่มที่ทำหน้าที่ปิดสายเสียง และควบคุมการออกเสียง มีการทำงานมากกว่าปกติโดยควบคุมไม่ได้ ทำให้มีอาการ คือ เสียงเค้น ต้องออกแรงพูด (strain strangle voice) อาจจะเสียงไม่ออกเป็นช่วงๆ ทำให้เสียงพูดไม่ต่อเนื่อง ถ้ามีอาการมากอาจพูดไม่ออกเลย นอกจากนี้อาจมีเสียงสั่นด้วยได้ขณะหัวเราะหรือร้องเพลงเสียงสูง เสียงอาจกลับ เป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้
- **Abductor spasmodic dysphonia** เป็นการเกร็งของกล้ามเนื้อกล่องเสียง ในกลุ่มที่ทำหน้าที่เปิดสายเสียง มีการทำงานมากกว่าปกติโดย ควบคุมไม่ได้ ทำให้สายเสียงเปิดออกในขณะที่พูด มีอาการคือ พูดแล้วเสียงเป็นลม (breathy voice) ซึ่งอาจเป็นตลอดเวลาหรือพูดต่อเนื่องมี เสียงลมรั่วเป็นระยะก็ได้ ผู้ป่วยที่มีอาการมากอาจพูดเป็นเสียงเบา หรือเสียงกระซิบตลอดเวลา นอกจากนี้จะมีเสียงสั่นด้วยได้ขณะหัวเราะ หรือร้องเพลงเสียงสูง เสียงอาจกลับเป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้
- **Mixed spasmodic dysphonia** มีอาการทั้ง Adductor spasmodic dysphonia และ Abductor spasmodic dysphonia เปลี่ยนไปมา