

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIg) ข้อบ่งใช้ โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease)

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- AN
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

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

วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	☐	☐
3. เป็นการวินิจฉัยลักษณะใด ☐ ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ครบตามเกณฑ์ (incomplete Kawasaki disease)		
4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้		
A มีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน	☐	☐
B1 เยื่อตาส่วนลูกตา (bulbar) แดงที่ตาทั้งสองข้างโดยไม่มีขี้ตา	☐	☐
B2 มีผื่นผิวหนังลักษณะหลายรูปแบบ (polymorphous rash)	☐	☐
B3 คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ โดยมีขนาดโตกว่า 1.5 เซนติเมตร โดยคลำพบเพียงด้านใดด้านหนึ่งของลำคอ	☐	☐
B4 มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและเยื่อช่องปาก โดยมี ☐ ริมฝีปากแดง ☐ มีรอยแยกที่ริมฝีปาก ☐ ลิ้นเป็นตุ่มและมีสีแดงคล้ายผลสตอเบอร์รี่ ☐ มีคอหอยแดงอย่างชัดเจน	☐	☐
B5 มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณมือและเท้า โดยมี ☐ ฝ่ามือแดง ☐ ฝ่าเท้าแดง ☐ มือบวม ☐ เท้าบวม	☐	☐
C ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว	☐	☐

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่/
ไม่ได้ตรวจ

5. ได้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย กรณี incomplete Kawasaki disease

D	มีค่า ESR ≥ 40 มิลลิเมตร/ชั่วโมง และ/หรือ CRP ≥ 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	☐	☐
E1	ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ	☐	☐
E2	WBC count $\geq 15,000$ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร	☐	☐
E3	มีภาวะโลหิตจาง (เมื่อเทียบกับอายุของผู้ป่วย)	☐	☐
E4	platelet count $\geq 450,000$ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ใช้มากกว่า 7 วัน)	☐	☐
E5	การตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว ≥ 10 /HPF	☐	☐
E6	serum albumin ≤ 3 กรัม/เดซิลิตร	☐	☐
F	ตรวจพบความผิดปกติของ echocardiogram	☐	☐

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 มิลลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที จนได้อัตรา IVIG หมดใน 12 ชั่วโมง หรือขนาดมากที่สุดไม่เกิน 4.8 มิลลิตร/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)	☐	☐
2. เป็นผู้ป่วยโรคควาซากิระยะเฉียบพลันที่ติดต่อการรักษาด้วย IVIG ในครั้งแรกและ		
2.1 ลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังคงเข้าได้กับโรคควาซากิ	☐	☐
2.2 ยังตรวจไม่พบสาเหตุอื่นๆ ของไข้	☐	☐
2.3 หลังจากการให้ IVIG dose แรกเสร็จสิ้นไปแล้วนานกว่า 36-48 ชั่วโมงผู้ป่วยยังคงมีไข้	☐	☐
3. การให้ยาค้างนี้เป็นกรให้ยาค้างที่ (หมายเหตุ พิจารณาให้ IVIG ซ้ำเพียง 1 ครั้งเท่านั้น)		
การให้ยาค้างนี้ห่างจากครั้งก่อน ชั่วโมง		
4. การให้ยาค้างก่อนไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการให้ยา	☐	☐

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน

คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ระยะเวลาที่ให้นายาจนยาหมด 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 ครั้งที่ 2 ภายใน 2 เดือน หลังเริ่มป่วย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIg) ข้อบ่งใช้ Guillain-Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- AN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน-.....-.....
- รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้		
2.1 ลักษณะทางคลินิก		
A มี Weakness of both arms and legs	☐	☐
B มี Absent or depressed deep tendon reflexes	☐	☐
C มีอาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์	☐	☐
D อาการอ่อนแรงมีลักษณะค่อนข้าง symmetry	☐	☐
E มี Sensory symptoms and signs	☐	☐
F มี Cranial nerve involvement esp. bilateral facial palsy, LMN type	☐	☐
G Recovery beginning two to four weeks after progression ceases	☐	☐
H มี Autonomic dysfunction	☐	☐
I มี Absence of fever at onset	☐	☐
J มี Severity of weakness: distal $\geq$ proximal	☐	☐
2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
K มีอาการหายใจล้มเหลว	☐	☐
I มี severe weakness	☐	☐

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่, 2.1 ข้อ A, B, C, ครบทุกข้อตอบว่า ☒ ใช่ และ 2.2 ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่

3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้

3.1 ผลการตรวจ CSF พบ Elevated cerebrospinal fluid protein with <10 cells/ml

(sometimes a rise in protein content is not seen until the end of the second week of illness)

3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พบ Slow nerve conduction velocity

or conduction block, normal or small compound muscle action potentials, absent or prolonged F-waves, acute denervation or decreased recruitment/interference pattern (The findings depend on timing of electrodiagnostic test)

สำหรับผู้อนุมัติ 3.1 ☒ ใช่ และกรณีข้อ 3.2 ☒ ใช่

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIGทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ คือครั้งละ 2 กรัม/กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่/...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

5. ทำการรักษา Plasma exchange (PE) ร่วมด้วยหรือไม่

สำหรับผู้อนุมัติ ไม่รักษาด้วยยา IVIG ร่วมกับ Plasma exchange

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยาIVIGทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม

ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่/...../..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอน
ของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN
4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม	3. AN
☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ	
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../.....
	7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	11. authorization number
12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม	13. ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....	
	ใช่ ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐ ☐
2. ไม่เป็นผู้ป่วยเด็ก (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วยเด็ก)	☐ ☐
3. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	☐ ☐
วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....	
4. ตรวจพบลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้	
A มีอาการแสดงของภาวะโลหิตจางและดีซ่าน	☐ ☐
B ตรวจสเมียร์เลือด พบลักษณะของ hemolytic anemia	☐ ☐
โดยมี ☐ spherocytosis ☐ polychromasia และ ☐ nucleated red blood cell	
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	
C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นสอดคล้องกับภาวะ hemolytic anemia	
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	
1) direct Coombs' test ให้ผลบวก	☐ ☐
2) มีการเพิ่มขึ้นของ reticulocyte count	☐ ☐
ระบุจำนวนนับของ reticulocyte (absolute reticulocyte count)	
...../ไม่โครลิตร	
3) ตรวจพบ bilirubin ในปัสสาวะ	☐ ☐
D ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว	☐ ☐

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ใช่ ไม่ใช่

5. มีเงื่อนไขการใช้ยาครบถ้วนตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

E ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid

วันเดือนปีที่เริ่มให้การรักษาด้วย corticosteroid/...../.....

ระบุชื่อยา ขนาดยา ระยะเวลาที่ให้ยา

F มีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะช็อค ได้แก่

☐ unstable angina ☐ myocardial infarction ☐ heart failure ☐ stroke

6. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา วัน

ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้อยู่ที่ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

(ขนาดยาที่แนะนำคือ 400-500 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4-5 วัน หรือ 1 กรัม

ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 4. ☒ ใช่ทุกข้อ 5. ☒ ใช่ทุกข้อ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

7. ผลการรักษา

ก่อนให้ IVIG Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

หลังให้ IVIG 3 วัน Hemoglobin กรัม/เดซิลิตร หรือ Hematocrit %

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

8. หากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโปรดระบุรายละเอียด

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- ล.สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม - AN
- ส.สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง - วันเดือนปีเกิด/...../..... - อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน - รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ - authorization number
- ชื่อ-นามสกุลของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	☐	☐
2. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HLH ต้องมีผลการตรวจร่างกายครบทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้		
2.1 มีไข้ (Fever)	☐	☐
2.2 ม้ามโต (Splenomegaly)	☐	☐
2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines (โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้)		
2.3.1 Hemoglobin < 9 กรัม/เดซิลิตร (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 กรัม/เดซิลิตร)	☐	☐
2.3.2 Absolute neutrophil < 1000/ไมโครลิตร	☐	☐
2.3.3 Platelet < 100,000/ไมโครลิตร	☐	☐
2.4 มีการตรวจพบ Hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อมทอนซิล	☐	☐
3. นอกจากนี้อาจมีการตรวจพบอื่นๆ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ได้แก่		
3.1 Fasting triglyceride > 2 มิลลิโมล/ลิตร	☐	☐
3.2 Fibrinogen < 1.5 กรัม/ลิตร	☐	☐
3.3 Serum ferritin > 500 ไมโครกรัม/ลิตร	☐	☐
3.4 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2400 อนุต/มิลลิลิตร	☐	☐
3.5 Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี	☐	☐
สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2.1 ☒ ใช่ 2.2 ☒ ใช่ 2.3 ☒ อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ใช่ และ 2.4 ☒ ใช่		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

4. ปริมาณยา IVIG ที่สั่งใช้ในครั้งนี้

น้ำหนักตัวผู้ป่วย กิโลกรัม วันที่เริ่มให้ยา/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน

(ขนาดยาที่แนะนำ 400 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3-5 วัน ขนาดยารวม (Total dose) 2 กรัมต่อกิโลกรัม)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้ โรค idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- AN
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number
- น้ำหนักตัว กิโลกรัม
- ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | ☐ | ☐ |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้ | | |
| A มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ | ☐ | ☐ |
| B มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ | ☐ | ☐ |
| วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | | |
| (peripheral blood smear และ bone marrow examination) | | |
| C ไม่มีสาเหตุอื่นๆของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น | ☐ | ☐ |

กรณี absolute indication กรอกข้อ 3, 5 และ 6

กรณี relative indication กรอกข้อ 4, 5 และ 6

3. กรณี absolute indication ผู้ป่วยเป็นโรค ITP ที่มีอาการรุนแรง ตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| D มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร | ☐ | ☐ |
| ระบุจำนวนเกล็ดเลือด /ลูกบาศก์มิลลิเมตร | | |
| วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... | | |
| E มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต | ☐ | ☐ |
| ระบุตำแหน่งเลือดออกในอวัยวะสำคัญ | | |
| ☐ สมอง ☐ ปอด ☐ ช่องท้อง ☐ อื่นๆ ระบุ | | |
| F ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน เช่น anti-Rho (D) immune globulin, เกล็ดเลือดและคอร์ติโคสเตรอยด์ | ☐ | ☐ |
| วันเดือนปีที่เริ่มให้คอร์ติโคสเตรอยด์/...../..... | | |

ใช่ ไม่ใช่

3. F ระบุชื่อยา
ระบุขนาดยา มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน
ระบุจำนวนเกล็ดเลือดภายหลังการให้คอร์ติโคสเตรอยด์ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

4. กรณี relative indication เป็นการให้ยาในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค acute ITP ที่จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม

G	มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	☐	☐
H	ได้รับ คอร์ติโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า 50,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้	☐	☐

5. ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยาไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

น้ำหนักตัว กิโลกรัม (ขนาดยาที่แนะนำ ขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวันเป็นเวลา 2-5 วัน หรือ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม. ให้ยาซ้ำครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังให้ยาครั้งแรก)
วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา/...../..... ระยะเวลาที่ให้ยา วัน
ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่สั่งใช้ในครั้งนี้ กรัม คิดเป็นขนาดยา กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

สำหรับผู้อนุมัติ กรณี absolute indication คือ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ทุกข้อ 3. ☒ ใช่ทุกข้อ และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์
กรณี relative indication คือ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ทุกข้อ 4. ☒ ใช่ทุกข้อ และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

6. ผลการรักษา

6.1 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา (โปรดระบุรายละเอียด)	☐	☐
6.2 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ระบุจำนวนเกล็ดเลือดหลังให้ยา /ลูกบาศก์มิลลิเมตร วันเดือนปีที่ตรวจ/...../..... (ควรตรวจหลังให้ยา IVIG 3 วัน)	☐	☐

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

.....
ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ (.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)
ข้อบ่งใช้ โรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง
และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล 2. HN
4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม 3. AN
- ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ ปี เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 11. authorization number
12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม 13. ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | ☐ | ☐ |
| 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pemphigus vulgaris โดยมีพื้นที่ผื่น (body surface area involvement) % มีอาการทางคลินิก คือ | | |
| 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ | | |
| 3.1 histopathology (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 3.2 direct immunofluorescence study (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 3.3 indirect immunofluorescence study (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 3.4 enzyme link immunosorbent assay (ELISA) for desmoglein 1 และ 3 (ระบุ) | ☐ | ☐ |
| 4. ประวัติผู้ป่วยก่อนใช้ยา IVIG | | |
| 4.1 ได้รับยา steroid คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน | | |
| ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| 4.2 ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน คือ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน | | |
| ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| 4.3 ยาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคนี้ ยา ขนาด มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน | | |
| ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วันเดือนปี) | | |
| 4.4 เหตุผลที่หยุดยากดภูมิคุ้มกัน | | |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. มากกว่า 30% 3. ☒ ใช่ข้อใดข้อหนึ่ง

5. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ขนาดยา IVIG ที่ใช้ กรัม/วัน ระยะเวลาที่ใช้ยา วัน

วันที่ให้ยา/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

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

(กรอกเอกสารทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- AN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number
- น้ำหนักตัว กิโลกรัม
- ส่วนสูง เซนติเมตร

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 มาก่อน | ☐ | ☐ |
| 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) | | |

3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต้องกรอกในกรณีที่เป็นการให้ IVIG ครั้งแรกเท่านั้น และโปรตระวันทำการตรวจ)

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 ระยะเวลาที่ให้นยาจนยาหมด 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

- ☒ 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
- ☒ 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/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต

(myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล..... 2. HN..... 3. AN.....

4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม
☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุปี.....เดือน

8. เลขที่ประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล.....

9. ได้รับ Pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 10. Authorization number.....

12. ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบ
- 3.1 ต้องมีการหายใจล้มเหลวซึ่งมีสาเหตุจากกะบังลมหรือกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงอ่อนแรง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 3.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
- A มีหนังตาตก เห็นภาพซ้อน หรือการกลอกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- B มีอาการเกี่ยวกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซีก (facial palsy, bulbar weakness) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- C มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- D มี fluctuation of weakness ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่, 2. ☒ ใช่ 3.1 ☒ ใช่ และ 3.2 ☒ ใช่ (ข้อ A, B, C, D อย่างน้อย 1 ข้อ)

3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือประวัติการวินิจฉัย MG

- E มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายแรง (MG) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- F Prostigmine test ให้ผลบวก (ระบุผล)..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- G Repetitive nerve stimulation test ให้ผลบวก (ระบุผล)..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- H Single-fiber electromyography (SFEMG) ให้ผลบวก(ระบุผล)..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ E, F, G หรือ H ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัวกิโลกรัม ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่ใช้กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล/...../..... วันที่เริ่มให้ยา/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แพทย์ผู้ส่งยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1.4 ผู้ป่วยต้องมียาการรุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิต (life-threatening condition)



ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

☐ มีภาวะการหายใจล้มเหลวชนิดเฉียบพลัน (acute respiratory failure) หรือ

☐ มีประวัติสำลักอาหารจนเกิดปอดอักเสบเฉียบพลัน (aspiration pneumonia)

1.5 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์ (steroids) ในขนาดสูงหรือ



ยากดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive agents) หรือ เกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากการรักษาดังกล่าว หรือไม่

สามารถให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ หรือยากดภูมิคุ้มกันในการรักษาเบื้องต้นได้ ตามคำจำกัดความข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกัน หมายถึง

ได้รับยาดังกล่าวมาแล้วอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ แล้วอาการไม่ดีขึ้น

ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1.....ระยะเวลาที่ได้รับ.....สัปดาห์

2.....ระยะเวลาที่ได้รับ.....สัปดาห์หรือ

☐ เกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากการรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกัน

หมายถึง การเกิดผลข้างเคียงจนอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น เม็ดเลือดขาวต่ำอย่างรุนแรง (agranulocytosis)

โปรตีนผลข้างเคียง..... หรือ

☐ ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์หรือยากดภูมิคุ้มกัน เช่น มีการติดเชื้ออย่าง

รุนแรงและยังไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะ (antibiotics)

โปรตีนเหตุผล.....

2. ขนาดยาและวิธีการให้ยา

การขออนุมัติ cycle ที่ 1

น้ำหนักตัว กิโลกรัม

ขนาดยา IVIg ทั้งหมดที่ใช้ กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยา IVIg ที่แนะนำ คือ ครั้งละ 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน)

*ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ IVIg ซ้ำได้อีกทุก 4 สัปดาห์ แต่รวมทั้งหมดไม่เกิน 3 รอบต่อการกำเริบ 1 ครั้ง

แพทย์

		ส่วนที่ 3 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยาต่อเนื่อง	
แพทย์	☐ การขออนุมัติ cycle ที่ 2 ☐ การขออนุมัติ cycle ที่ 3 วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....		
	1.ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยา IVIg ต่อ ตามคำจำกัดความข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
	ใช่ ไม่ใช่ 1.1 ผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น โดยประเมินจากกำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (respiratory muscle) การประเมิน peak negative inspiratory pressure และ peak positive expiratory pressure หรือ การกลืนอาหาร ผลการประเมิน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ ☐ การกลืนอาหาร ไม่ดีขึ้น มีอาการสำลักอาหาร ☐ ระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อชนิดใดชนิดหนึ่งยังลดลง ไม่ถึงร้อยละ 50 จากค่าเริ่มต้น ได้แก่ creatinine kinase (CK), aspartate transaminase (AST), alanine transaminase (ALT), หรือ lactate dehydrogenase (LDH) โปรดระบุ CK..... U/L AST U/L ALT U/L LDH U/L 1.2 ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์หรือยากภูมิคุ้มกัน โปรดระบุเหตุผลในข้อ 1.2		
	2. ขนาดยาและวิธีการให้ยา		
	น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIg ทั้งหมดที่ใช้ กรัม คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVIg ที่แนะนำ คือ ครั้งละ 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน) *ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ IVIg ซ้ำได้อีกทุก 4 สัปดาห์ แต่รวมทั้งหมดไม่เกิน 3 รอบต่อการกำเริบ 1 ครั้ง		
แพทย์	3. การประเมินระหว่างการรักษา ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจากได้รับยาครั้งแรก		
	3.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา ใช่ ไม่ใช่ 3.1.1 การประเมินกำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (respiratory muscle) หรือ การกลืนอาหาร วิธีการประเมิน ☐ peak negative inspiratory pressure และ peak positive expiratory pressure อยู่ในระดับที่หายใจเองได้		

☐ การกลืนอาหารดีขึ้น ไม่มีอาการสำลักอาหาร			
3.1.2 ระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ creatinine kinase (CK), aspartate transaminase (AST), alanine transaminase (ALT), หรือ lactate dehydrogenase (LDH)			
โปรดระบุ CK..... U/L AST U/L ALT U/L LDH U/L			
3.2 การประเมินด้านความปลอดภัย		พบ	ไม่พบ
ให้ติดตามผลข้างเคียงชนิดเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา IVIg			
3.2.1 ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นขณะให้ยาทางหลอดเลือดดำ (infusion reaction) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ใจสั่น ความดันต่ำ แน่นหน้าอก หายใจไม่เต็ม		☐	☐
3.2.2 อาการแพ้ชนิดรุนแรง (fatal anaphylactoid reaction) ขณะให้ยา		☐	☐
3.2.3 Autoimmune hemolytic anemia (AIHA)		☐	☐
3.2.4 Thrombotic event ได้แก่ ischemic stroke จากการที่มีเกร็ดเลือดสูงขึ้นหลังได้ IVIg		☐	☐
3.2.5 ไตวายเฉียบพลัน		☐	☐

1

2

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

3

ลงชื่อ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

4

(.....)

ลงชื่อ

5

ว.....

(.....)

6

ว

7

8

1
2
3
4
5
6

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin
ข้อบ่งใช้ โรค Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

แบบฟอร์มอนุมัติการใช้ยา IVIg (ขออนุมัติ ครั้งที่ 1) วันเดือนปีที่กรอกข้อมูล...../...../25.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ชื่อ-นามสกุล.....	2. HN.....
	4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม	3. AN.....
	☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ	
	5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	6. วันเดือนปีเกิด/...../.....
	7. อายุปี.....เดือน	
	8. เลขที่ประจำตัวประชาชน	9. รหัสโรงพยาบาล.....
	10. Authorization number.....	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....

1. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา	ใช่	ไม่ใช่
1.1 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
1.2 ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CIDP associated with malignancy	☐	☐
1.3 การวินิจฉัยและลักษณะทางคลินิก		
1.3.1 มีอาการอ่อนแรง (ทั้งกล้ามเนื้อส่วนโคนและส่วนปลาย)หรือสูญเสียความรู้สึกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในเวลามากกว่า 2 เดือน โดยมีอาการกำเริบเป็นระยะซ้ำๆ	☐	☐
1.3.2 Tendon reflexes มีค่า 0 ถึง 1+ (โปรดระบุค่า Tendon reflexes =)	☐	☐
1.3.3 พบลักษณะตาม electrodiagnostic criteria อย่างน้อย 1 ข้อ	☐	☐
☐ Motor distal latency ยาวขึ้น $\geq 50\%$ ของ upper normal limits (ULN) ในเส้นประสาทอย่างน้อย 2 เส้น		
☐ Motor conduction velocity ช้าลง $\geq 30\%$ ของ lower normal limits (LLN) ในเส้นประสาทอย่างน้อย 2 เส้น		
☐ F-wave latency ยาวขึ้น $\geq 30\%$ ของ ULN ในเส้นประสาทอย่างน้อย 2 เส้น		
☐ ไม่พบ F-wave ในขณะที่ amplitude $\geq 20\%$ ของ LLN ในเส้นประสาทอย่างน้อย 2 เส้น		
☐ Partial motor conduction block: $\geq 50\%$ amplitude reduction ในเส้นประสาทอย่างน้อย 2 เส้น		
☐ Abnormal temporal dispersion ในเส้นประสาทอย่างน้อย 2 เส้น		
☐ Distal CMAP duration เพิ่มขึ้นในเส้นประสาทอย่างน้อย 1 เส้นและมีลักษณะ demyelination อย่างน้อยอีกเส้น		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

	☐ การขออนุมัติ ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 6) วันเดือนปีที่ให้ยา...../...../.....	
แพทย์	1.ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยา IVIg ต่อ ตามคำจำกัดความดังต่อไปนี้	
		ใช่ ไม่ใช่
	1.1 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐
	1.2 การตอบสนองต่อการรักษามีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังนี้	
	1.2.1 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น (ค่า INCAT score ลดลงอย่างน้อย 1 คะแนนเมื่อเทียบกับ baseline)	☐
	1.2.2 ผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้นหรืออาการเลวลงภายในระยะเวลา 6 เดือน (ค่า INCAT score เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ baseline)	☐
	โปรดระบุค่า INCAT score	
- INCAT score baseline =		
- INCAT score ปัจจุบัน =		
1.3 ผู้ป่วยไม่เกิดผลข้างเคียงต่อ IVIG จนไม่สามารถใช้ยา IVIG ต่อได้	☐	
2. ขนาดยาและวิธีการให้ยา		
น้ำหนักตัว กิโลกรัม ขนาดยา IVIg ทั้งหมดที่ใช้ กรัม		
(ขนาดยา IVIg ที่แนะนำ คือ ครั้งละ 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน และตามด้วยขนาด 0.5-1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 1-2 วัน)		
*ให้ยาดังวิธี continuous infusion ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ IVIg เข้าได้อีกทุก 4 สัปดาห์		
แพทย์	3. การประเมินระหว่างการรักษา (ประเมินผลที่ 4 สัปดาห์หลังจากได้รับยาครั้งแรก หลังจากนั้นอย่างน้อยทุก 3 เดือน)	
	3.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา	
	- INCAT score baseline =.....(ระบุวันเดือนปี/...../.....)	
	- INCAT score ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 4) =.....(ระบุวันเดือนปี/...../.....)	
	- INCAT score ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) =.....(ระบุวันเดือนปี/...../.....)	
	- INCAT score ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) =.....(ระบุวันเดือนปี/...../.....)	
	3.2 การประเมินด้านความปลอดภัย	
	ให้ติดตามผลข้างเคียงชนิดเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา IVIg	
3.2.1 ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นขณะให้ยาทางหลอดเลือดดำ (infusion reaction) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไข้หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ใจสั่น ความดันต่ำ แขนงอก หายใจไม่อิ่ม	☐	
3.2.2 อาการแพ้ชนิดรุนแรง (fatal anaphylactoid reaction) ขณะให้ยา	☐	
3.2.3 Autoimmune hemolytic anemia (AIHA)	☐	
		ใช่ ไม่ใช่
3.2.4 Thrombotic event ได้แก่ ischemic stroke จากการที่มีเกร็ดเลือดสูงขึ้นหลังได้ IVIg	☐	
3.2.5 ไตวายเฉียบพลัน	☐	

1
2
3
4
5
6
7
8
9

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○อนุมัติ ○ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว

(ร่าง) แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin

ชื่อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	สกุล.....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐ อื่น ๆ	☐ สวัสดิการข้าราชการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก	
	วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /	
โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้	
2.1 ลักษณะทางคลินิกหลัก (ต้องมีทั้ง 3 ข้อ)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
☐ A. อาการอ่อนแรงของแขนหรือขาแบบไม่สมมาตร (asymmetric limb weakness) โดยมีความผิดปกติของ motor nerve อย่างน้อย 2 เส้น	
☐ B. ไม่มีอาการสูญเสียความรู้สึก (no sensory loss) ยกเว้นเสียความรู้สึกต่อการสั่น แบบไม่รุนแรงที่เท้า (minor vibration sense abnormalities)	
☐ C. อาการอ่อนแรงเป็นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive) ในเวลาอย่างน้อย 1 เดือน	
2.2 Exclusion criteria (ต้องไม่มีทั้ง 3 ข้อ)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
☐ A. Upper motor neuron signs	
☐ B. Marked bulbar involvement	
☐ C. Diffuse symmetric weakness during the initial weeks	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

2.3 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features เข้าได้กับ Definite motor conduction block โดยเป็นข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

☐ ☐

- ☐ Definite motor CB
- ☐ Probable motor CB
- ☐ Probable motor CB with supportive criteria

โดยระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันดังเอกสารแนบ

6. ขนาดยา Induction IVIG ที่แนะนำ คือ

IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้งแล้วประเมินการตอบสนอง

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา Induction IVIG เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... ☐ Pre-treatment ☐ Post treatmentweeks Date of the last IVlg.....							
Current medication ☐ other drug Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Brachioradialis			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle inversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle eversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
FDI			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
ADM			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
APB			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
FPL			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Deep tendon reflex	Rt	Lt					
Biceps			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Triceps			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Brachioradialis			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Knee			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Ankle			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				

(ร่าง) แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin

ข้อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | | |
|--|---|---|
| 1. ชื่อ..... | สกุล..... | 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง |
| 3. HN..... | 4. รหัสโรงพยาบาล..... | |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... | | 7. อายุ.....ปี.....เดือน |
| 8. สิทธิการรักษา ☐ สปสช. | | ☐ ประกันสังคม |
| | ☐ สวัสดิการข้าราชการ | ☐ อื่น ๆ |
| 9. วัตถุประสงค์การใช้ยาต่อเนื่อง | ☐ Induction IVIG ครั้งที่ .../6 | ☐ Maintenance IVIG |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | ใช่ | ไม่ใช่ |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../..... | | |
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | ☐ | ☐ |
| 2. ผลการประเมินตามช่วงเวลา | ☐ | ☐ |
| ☐ ช่วง Induction ประเมินเดือนที่ 3 | | |
| ☐ ช่วง Maintenance ประเมินทุก 3 เดือน | | |
| พบว่าผู้ป่วยไม่มีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา คือ | | |
| ☐ 2.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (IVIG non-responder) | | |
| (IVig non-responder หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Motor strength แย่ลง อย่างน้อย 2 mRC scale ใน 2 muscle groups หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVig โดยในขณะที่ประเมินผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วย IVig ขนาด 2 g/kg แบ่งให้ 2-5 วัน ทุก 4 สัปดาห์ ต่อเนื่อง 6 รอบการรักษา 24 สัปดาห์) | | |
| โดยระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันดังเอกสารแนบ | | |
| 3. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ | ☐ | ☐ |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

4. ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ คือ

☐ ช่วง Induction: IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 3 ครั้ง

☐ ช่วง Maintenance: IVIG ขนาด 1-2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4-12 สัปดาห์

5.. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... ☐ Pre-treatment ☐ Post treatmentweeks Date of the last IVlg.....							
Current medication ☐ other drug Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Hip extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Elbow extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Brachioradialis			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Knee extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Wrist extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger extension			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle inversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
Finger flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Ankle eversion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
FDI			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe dorsiflexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
ADM			☐ improved ☐ stable ☐ worsening	Great toe plantar flexion			☐ improved ☐ stable ☐ worsening
APB			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
FPL			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Deep tendon reflex	Rt	Lt					
Biceps			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Triceps			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Brachioradialis			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Knee			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				
Ankle			☐ improved ☐ stable ☐ worsening				