

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา mercaptamine (cysteamine bitartrate)

เงื่อนไข nephropathic cystinosis

กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ..... สกกุล..... 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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ใช่ ไม่ใช่

2. ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัย nephropathic cystinosis ด้วยอาการทางคลินิกร่วมกับผลทางห้องปฏิบัติการ ใช่ ไม่ใช่

ด้วยวิธีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

2.1 การวัดระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาวที่สูงกว่าปกติ พบ ไม่พบ

2.2 การตรวจพบ cystine crystal ที่กระจกตาด้วยการ พบ ไม่พบ

ตรวจพิเศษ (slit lamp) โดยจักษุแพทย์ พบ ไม่พบ

2.3 การตรวจทางพันธุกรรมพบการกลายพันธุ์ที่ก่อโรคของ พบ ไม่พบ

สองแอลลีลของยีน CTNS

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มการรักษา

ลำดับ	รายละเอียด	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
1.	ระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาว	.../.../25.... ul	(ถ้ามี)
2.	Blood Urea Nitrogen (BUN)	.../.../25.... mg/ml	
3.	Creatinine Clearance (Cr)	.../.../25.... ml/min	

4. ขนาดยา mercaptamine (cysteamine bitartrate) ที่ขออนุมัติใช้

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....