

## แนวทางการกำกับการใช้ยา Infliximab

### ข้อบ่งใช้โรค Ulcerative colitis ในเด็กที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

#### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

- 1.1. ขออนุมัติการใช้ยา Infliximab จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ตามแนวทางการอนุมัติที่แต่ละหน่วยงานกำหนดไว้ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์
- 1.2. กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรก (อนุมัติให้ใช้เป็นเวลา 12 เดือน) และครั้งต่อไปทุก ๆ 12 เดือน

#### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยมีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางที่พร้อมจะดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

#### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขากุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับหรือสาขาอายุรศาสตร์โรคทางเดินอาหาร ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

#### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา infliximab ในโรค ulcerative colitis โดยมีเกณฑ์ครบทุกข้อดังนี้

- 4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
- 4.2 เด็กอายุ 6-18 ปี
- 4.3 มีอาการและลักษณะการส่องกล้องและพยาธิวิทยาที่เข้าได้กับโรค ulcerative colitis
- 4.4 ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก โดยมี Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) score มากกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนน
- 4.5 ผู้ป่วยต้องเคยใช้และไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน (ได้แก่ corticosteroids aminosalicylates และ immunomodulators) โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะ ตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 4.5.1 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ corticosteroids หรือ steroids-refractory disease มี PUCAI score ลดลงน้อยกว่า 20 คะแนน หลังจากได้รับยา aminosalicylates (5-ASA) ขนาดเต็มที่ ร่วมกับได้รับยา prednisolone ขนาดยาอย่างน้อย 1 มก./กก./วัน (สูงสุด 60 มก./วัน) หรือเทียบเท่ามานานกว่า 4 สัปดาห์

4.5.2 ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายา corticosteroids (steroid dependent disease) หรือไม่สามารถลดขนาดยา prednisolone ให้ต่ำกว่า 0.25 มก./กก./วัน หรือเทียบเท่า แม้ได้รับยา aminosalicylates ขนาดเต็มที่ ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน

4.5.3 immunomodulators non-response disease ได้แก่ มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ คือ ค่า PUCAI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ทั้ง ๆ ที่ได้รับ aminosalicylates ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน

4.5.4 intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อการเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน (height for age)

#### หมายเหตุ

##### 1. คำแนะนำขนาดยาที่เหมาะสม

- Aminosalicylates
  - Mesalazine 60-80 มก./กก./วัน สูงสุด 4 กรัม/วัน
  - Sulfasalazine 60-80 มก./กก./วัน สูงสุด 4 กรัม/วัน
- Immunomodulators
  - Azathioprine 2.0-2.5 มก./กก./วัน
  - 6-mercaptopurine 1-1.5 มก./กก./วัน

2. ในกรณีที่ใช้ยาแล้วโรคสงบ และแพทย์สั่งหยุดการใช้ยาไปแล้ว ต่อมาเกิดการกำเริบของอาการของโรค ให้แพทย์สามารถพิจารณาเริ่มยาใหม่ได้

##### 4.6 ผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้าม ดังต่อไปนี้

4.6.1 แพ้ยา/Infliximab รุนแรง หรือแพ้ส่วนประกอบที่เป็น murine protein

4.6.2 ต้องไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม

4.6.3 โรคติดเชื้อ HIV ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือยังควบคุมไม่ได้

4.6.4 อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ (ยกเว้นแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ยามีมากกว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น)

4.6.5 อยู่ในระหว่างให้นมบุตร (ยกเว้นแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ยามีมากกว่าความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น)

4.6.6 มีภาวะหัวใจล้มเหลว New York Heart Association function class III, IV

4.6.7 มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการใช้ยา เช่น ตับแข็งรุนแรง (decompensated cirrhosis) เป็นต้น

4.6.7 มีประวัติ demyelinating disease

- 4.6.8 โรคมะเร็งที่ยังอยู่ในระหว่างการรักษาหรือรักษาไม่หายขาด (ยกเว้น basal cell carcinoma)
- 4.7 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) ตามที่กำหนด<sup>++</sup>

## 5.ขนาดยาที่แนะนำ

- 5.1 ขนาดยา infliximab ที่แนะนำตาม actual body weight คือ 5-10 มก./กก. โดยผสมใน normal saline และให้ยาเข้าหลอดเลือดดำในระยะเวลา 60-120 นาที
- 5.2 การให้ยา infliximab แนะนำให้เริ่มยาขนาด 5 มก./กก. ที่สัปดาห์ที่ 0 สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และหลังจากนั้นทุก 8 สัปดาห์
- 5.3 ควรพิจารณาใช้ infliximab ร่วมกับ immunomodulator เพื่อลดการเกิดภูมิต้านทานต่อยา

### หมายเหตุ

1) หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา (primary non-response) โดยการประเมินอาการ (ค่า PUCAI ลดลงน้อยกว่า 20 คะแนน) และยังตรวจพบ inflammatory markers ที่ระยะเวลา 12-14 สัปดาห์ แพทย์ผู้ทำการรักษา อาจพิจารณาเพิ่มขนาดยาเป็น 10 มก./กก. แล้วประเมินที่ 8 สัปดาห์หลังเพิ่มขนาดยา หากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดี สามารถให้ยาต่อเนื่อง ในขนาด 10 มก./กก. หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยขนาด 10 มก./กก. ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า

2) ในกรณีที่มีประสิทธิภาพของ infliximab ลดลงระหว่างการให้ยา (loss of response) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษา ประเมินสาเหตุของอาการ หากเกิดจากโรค ulcerative colitis พิจารณาเพิ่มขนาดยาเป็น 10 มก./กก. แล้วประเมินที่ 8 สัปดาห์หลังเพิ่มขนาดยา หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยขนาด 10 มก./กก. ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า

## 6. การประเมินระหว่างการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

โดยประเมินอาการ การตรวจร่างกาย ทุก 2-3 เดือน และส่องกล้องและบันทึกในเวชระเบียน อย่างน้อยทุก 12 เดือน

**หมายเหตุ** ผู้ป่วย UC ตอบสนองต่อยา หมายถึง ค่า PUCAI น้อยกว่า 10 คะแนน หรือลดลงมากกว่า 20 คะแนนจากก่อนรักษา

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

ให้ติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา infliximab

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ (2)

- 6.2.1 ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นขณะให้ยาทางหลอดเลือดดำ (infusion reaction) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ใจสั่น ความดันต่ำ แขนงหน้าอก หายใจไม่อิ่ม
- 6.2.2 อาการแพ้ชนิดรุนแรง (life-threatening anaphylactoid reaction) ขณะให้ยา ให้ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดอิมมูโนโกลบูลินเอ (Immunoglobulin A deficiency)
- 6.2.3 มีการประเมินการติดเชื้อวัณโรคแอบแฝง (latent tuberculosis infection) โดยการตรวจอย่างน้อยภาพถ่ายรังสีปอด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และมีการติดตามอาการของการติดเชื้อวัณโรคอย่างใกล้ชิด
- 6.2.4 ติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้ออื่น ๆ ทุก 2-3 เดือน โดยดูอาการและสืบค้นเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

ให้หยุดยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 7.1 โรคสงบ\* ร่วมกับแพทย์เห็นสมควรว่าหยุดยาได้
- 7.2 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตามระบุในหมายเหตุ ข้อ 5
- 7.3 เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงที่ไม่สามารถช้ยาต่อได้
- 7.4 ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา
- 7.5 ผู้ป่วยขาดการติดตามผลการรักษา โดยไม่มีเหตุพลอนสมควร ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์
- 7.6 ผู้ป่วยมีข้อห้ามการใช้ยา infliximab ตามข้อ 4.6

**หมายเหตุ** สำหรับข้อห้ามบางประการ เช่น การติดเชื้อ ให้หยุดการรักษาด้วยยา infliximab ชั่วคราวจนกว่าอาการติดเชื้อจะดีขึ้น หรือ กรณีการตั้งครรภ์และการให้นมบุตรที่แพทย์พิจารณาให้หยุดยาชั่วคราว โดยในกรณีดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ยา infliximab ได้อีกครั้ง ตามข้อบ่งชี้

---

\* เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสงบ หมายถึง ค่า PUCAI น้อยกว่า 10 คะแนนร่วมกับ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไม่พบแผลหรือการอักเสบของลำไส้ใหญ่ และผลการตรวจ C-reactive protein และ hemoglobin ปกติ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี และผู้ป่วยสามารถใช้ยากลุ่ม aminosalicylates และ/หรือ immunomodulator เพื่อควบคุมการกำเริบของโรคต่อได้

หมายเหตุ

Pediatric Ulcerative colitis Activity Index (PUCAI)

| ลักษณะทางคลินิก                                | คะแนน |
|--|-------|
| <b>ปวดท้อง</b>                                 |       |
| ไม่มี  | 0     |
| ปวดเล็กน้อย                                    | 5     |
| ปวดชัดเจน                                      | 10    |
| <b>ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด</b>                    |       |
| ไม่มี  | 0     |
| ปริมาณเล็กน้อยและไม่บ่อย                       | 10    |
| ปริมาณเลือดเล็กน้อยแต่บ่อย                     | 20    |
| ปริมาณมาก (มากกว่าร้อยละ 50 ของอุจจาระ)        | 30    |
| <b>ลักษณะอุจจาระโดยส่วนใหญ่</b>                |       |
| เป็นเนื้อปกติ                                  | 0     |
| เหลวเล็กน้อย                                   | 5     |
| เหลวชัดเจน                                     | 10    |
| <b>จำนวนครั้งของอุจจาระใน 24 ชั่วโมง</b>       |       |
| 0-2  | 0     |
| 3-5  | 5     |
| 6-8  | 10    |
| >8   | 15    |
| <b>ถ่ายอุจจาระตอนกลางคืนหลังจากนอนหลับแล้ว</b> |       |
| ไม่มี  | 0     |
| มี   | 10    |
| <b>การทำกิจกรรมของผู้ป่วย</b>                  |       |
| ปกติ   | 0     |
| ลดลงบ้าง                                       | 5     |
| ลดลงอย่างมาก                                   | 10    |

เอกสารอ้างอิง

Turner D, Otley AR, Mack D, et al. Development, validation and evaluation of a pediatric ulcerative colitis activity index: A prospective multicenter study. Gastroenterology 2007;133:423-32.

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค Ulcerative colitis ในเด็กที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

|  |  |  | ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย           |  |
|--|--|--|-----------------------------------|--|
| 1. ชื่อ.....   | สกุล.....                                |  | 2. เพศ                            | <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง |
| 3. HN.....   | 4. รหัสโรงพยาบาล.....                    |  |                                   |  |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <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"/> |  |  |                                   |  |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....   |  |  | 7. อายุ.....ปี.....เดือน          |  |
| 8. สิทธิการรักษา   | <input type="radio"/> สปสช.              |  | <input type="radio"/> ประกันสังคม |  |
|  | <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ |  | <input type="radio"/> อื่นๆ       |  |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

|    |   | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|----|---|-----------------------|-----------------------|
|    | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....  |                       |                       |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. | ผู้ป่วยอายุ 6-18 ปี   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. | มีอาการและลักษณะการส่องกล้องและพยาธิวิทยาที่เข้าได้กับโรค ulcerative colitis  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. | ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงมากโดยมี Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) score มากกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนน<br>ระบุค่า PUCAI เริ่มต้น =..... วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ค่า PUCAI ปัจจุบัน =.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. | ผู้ป่วยต้องเคยใช้และไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน<br>โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    | <input type="radio"/> ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ corticosteroids หรือ steroids-refractory disease มี PUCAI score ลดลงน้อยกว่า 20 คะแนน หลังจากได้รับยา aminosalicylates (5-ASA) ขนาดเต็มที่ ร่วมกับได้รับยา prednisolone ขนาดยาอย่างน้อย 1 มก./กก./วัน (สูงสุด 60 มก./กก.) หรือเทียบเท่ามานานกว่า 4 สัปดาห์ |                       |                       |
|    | <input type="radio"/> ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายา corticosteroids (steroid dependent disease) หรือไม่สามารลดขนาดยา prednisolone ให้ต่ำกว่า 0.25 มก./กก./วัน หรือเทียบเท่าแม้ได้รับยา aminosalicylates ขนาดเต็มที่ ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน                             |                       |                       |
|    | <input type="radio"/> immunomodulators non-response disease ได้แก่ มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ คือ ค่า PUCAI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน แม้ได้รับยา aminosalicylates ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน   |                       |                       |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

|   | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อการเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน (height for age) |                       |                       |
| 6. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์  |                       |                       |
| 8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....   |                       |                       |
| (อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)  |                       |                       |

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค Ulcerative colitis ในเด็กที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. ชื่อ.....  | สกุล.....                                | 2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง |
| 3. HN.....  | 4. รหัสโรงพยาบาล.....                    |   |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <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"/> |  |   |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../.....   |  | 7. อายุ.....ปี.....เดือน                                    |
| 8. สิทธิการรักษา <input type="radio"/> สปสช.  |  | <input type="radio"/> ประกันสังคม                           |
|   | <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ | <input type="radio"/> อื่นๆ                                 |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

- |   | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา infliximab   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....   |                       |                       |
| ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาดังนี้   |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> ค่า PUCAI น้อยกว่า 10 คะแนน หรือลดลงมากกว่า 20 คะแนนจากก่อนรักษา |                       |                       |
| 3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาต่อด้วยยา infliximab                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> maintain remission   |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....  |                       |                       |
| 5. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา infliximab                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)           |                       |                       |
| บริหารยาทุก ..... สัปดาห์   |                       |                       |
| 7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....                 |                       |                       |
- (อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....