

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน

เงื่อนไข โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ผลิตไทโรโทรปิน (thyrotropin (TSH) secreting pituitary adenoma)

(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"/> อื่น ๆ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค TSH secreting pituitary adenoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /			
โดยมีผลการตรวจครบ 3 ข้อดังต่อไปนี้			
<input type="radio"/>	มีอาการทางคลินิกที่เข้ากันได้กับโรค TSH secreting pituitary adenoma หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาสงสัยว่าจะเป็นโรค TSH secreting pituitary adenoma		
<input type="radio"/>	มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติ โดยที่มีการยืนยัน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าไม่มีภาวะ thyroid hormone resistance และ thyroid hormone / TSH antibody interference		
<input type="radio"/>	พบเนื้องอกต่อมใต้สมอง จากการตรวจทางรังสีด้วยวิธี magnetic resonance imaging (MRI) หรือ เอ็กซเรย์ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (CT scan)		
3.	ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการผ่าตัด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	ผู้ป่วยมีอาการของโรค TSH secreting pituitary adenoma โดยมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
<input type="radio"/>	การให้ยาก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ฮอร์โมนไทรอยด์เข้าสู่ภาวะปกติก่อนการผ่าตัด ร่วมกับกรณีที่ยกก่อนไม่สามารถผ่าตัดได้หมด โดยมีระยะเวลาให้ยากจนกว่าจะได้รับการผ่าตัด		
<input type="radio"/>	การให้ยาระหว่างรอการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการฉายแสงหลังผ่าตัดในกรณีที่ก่อนไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด หรือ ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

5. ผู้ป่วยมีผลการตรวจระดับฮอร์โมนข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- กรณีก่อนผ่าตัด มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติ
- กรณีหลังผ่าตัด มีระดับ TSH และ free T4 หรือ free T3/Total T3 สูงกว่าปกติที่ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด

โปรดระบุผลทางห้องปฏิบัติการ วันเดือนปีที่ตรวจ / /

ระดับ TSH mIU/L ระดับ total T3 ng/dL

ระดับ free T3 pg/mL ระดับ free T4 ng/dL

6. ขนาดยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม

หมายเหตุ 1. แนะนำเริ่มการรักษาด้วย octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน ในขนาด 20 มก ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก ทุก 4 สัปดาห์

2. อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม ซึ่งอาจมีขนาดยาที่แตกต่างจากที่ระบุ

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน

เงื่อนไข โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ผลิตไทรอโทรปิน (thyrotropin (TSH) secreting pituitary adenoma)

(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"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
ผู้ป่วยเริ่มใช้ยา octreotide ครั้งแรก วันที่/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 กรณีการให้ยาก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ฮอร์โมนไทรอยด์เข้าสู่ภาวะปกติก่อนการผ่าตัด ร่วมกับกรณีที่ยังไม่สามารถผ่าตัดได้หมด		
<input type="radio"/> ระดับ TSH, free T4, free T3/total T3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ		
<input type="radio"/> ผู้ป่วยได้รับยาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน นับตั้งแต่เริ่มใช้ยา เว้นแต่การนัดผ่าตัดนั้นไม่สามารถกระทำได้ ให้ใช้ยาต่อจนถึงวันผ่าตัด แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 6 เดือน นับตั้งแต่เริ่มใช้ยา		
2.2 กรณีการให้ยาระหว่างรอการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการฉายแสงหลังผ่าตัด หรือ ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียวเนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดได้		
<input type="radio"/> ระดับ TSH, free T4, free T3/total T3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ		
<input type="radio"/> ผู้ป่วยได้รับยาเป็นระยะ 18 เดือน หรือต่ำกว่า นับตั้งแต่เริ่มใช้ยา		
วัน/เดือน/ปีที่เริ่มการใช้ยา/...../.....		
3. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา octreotide ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ผู้ป่วยกรณีที่ให้ยาหลังการผ่าตัดและรอผลการรักษาด้วยการฉายแสง หลังพิจารณาหยุดยา แล้วพบว่าระดับฮอร์โมนเริ่มมีความผิดปกติอีกครั้ง		
<input type="radio"/> อื่น ๆ โปรด (ระบุ)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

โปรดระบุผลทางห้องปฏิบัติการ วันเดือนปีที่ตรวจ / /

ระดับ TSH mIU/L

ระดับ total T3 ng/dL

ระดับ free T3 pg/mL

ระดับ free T4 ng/dL

4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้
5. ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการผ่าตัด
6. ภายหลังการขออนุมัติยาครั้งแรก มีการปรับขนาดยาจากที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาหรือไม่
- ไม่มีการปรับขนาดยา มีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น มีการปรับขนาดยาลดลง
- ขนาดยา octreotide ชนิดออกฤทธิ์นาน ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม
- หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม ซึ่งอาจมีขนาดยาที่แตกต่างจากที่ระบุ
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....