

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Bevacizumab

ข้อบ่งใช้

1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ๋มจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration)
2. โรคจุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME)
3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal vein occlusion with macular edema)
4. โรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity, ROP)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

การขออนุมัติยาในการใช้ยาครั้งที่...../ปี

หมายเหตุ

- 1) โรค AMD ให้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 12 ครั้งต่อปี ของการรักษาโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง
- 2) โรค DME และ RVO ให้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี ของการรักษาโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง
- 3) โรค ROP ให้ยาได้ 1 ครั้ง จนกว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค

ข้อมูลทางคลินิก

ผลการวัดสายตา (visual acuity)

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../..... ตาซ้าย/..... pin hole...../..... Tension mm

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../..... ตาขวา/..... pin hole...../..... Tension mm

หมายเหตุ ผู้ป่วยโรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (ROP) ไม่ต้องระบุผลการวัดสายตา (visual acuity)

ข้อมูลประกอบการอนุมัติการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค AMD, DME และ RVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

- 2.1.1 ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคด้วยเครื่องใดเครื่องหนึ่งดังต่อไปนี้ ○ ○
- Fundus Fluorescein angiography (FFA) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
 - Optical Coherence Tomography (OCT) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
 - อื่น ๆ โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....

2.1.2 มีผลการถ่ายภาพจอตาตามข้อ 2.1.1 ให้ตรวจสอบได้ในเวชระเบียน ○ ○

2.1.3 มีระดับความสามารถในการมองเห็น (visual acuity) ตั้งแต่ 20/40 หรือต่ำกว่า ○ ○

2.1.4 มี light perception ○ ○

2.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ROP ○ ○

ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 2.2.1 ตำแหน่งของโรค อยู่ที่ Zone I หรือ posterior zone II และความรุนแรงที่ระยะที่ 3 หรือมากกว่า โดยจะมีอาการแสดงของภาวะ plus disease ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้
- 2.2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น high risk ROP ซึ่งสมควรได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ แต่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเลเซอร์ได้ หรือให้การรักษาด้วยเลเซอร์แล้วผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามประสงค์

3. ผลการประเมินสุขภาพร่างกายโดยรวม สามารถทนต่อการฉีดยาเข้าในวุ้นตาได้ ○ ○

4. ขออนุมัติใช้ในตา

- ซ้าย ขนาดยาที่ให้.....มิลลิกรัม ครั้งที่...../ ปี
- ขวา ขนาดยาที่ให้.....มิลลิกรัม ครั้งที่...../ ปี

หมายเหตุ

- 1) โรค AMD, DME และ RVO ใช้ยา bevacizumab 1.25 มิลลิกรัม ฉีดเข้าวุ้นตา ทำการประเมินผลการรักษา และพิจารณาฉีดยาซ้ำในระยะเวลาไม่เร็วไปกว่า 4 สัปดาห์
- 2) โรค ROP ใช้ยา bevacizumab 0.625 มิลลิกรัม ฉีดเข้าในวุ้นตา 1 ครั้ง

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....