

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรคโครห์น (Crohn's disease) ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(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"/>		
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"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....			
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยอายุ 6 ปีขึ้นไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Crohn's disease มีเกณฑ์ครบทุกข้อดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> มีอาการเข้าได้กับโรค Crohn's disease หรือมีอาการลำไส้อักเสบเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวดท้อง ถ่ายเหลว หรือถ่ายเป็นเลือด		
	<input type="checkbox"/> มีแผลในลำไส้ และมีผลทางพยาธิที่เข้าได้กับโรค Crohn's disease		
	<input type="checkbox"/> มีการตรวจค้นเพื่อแยกโรคสาเหตุอื่น ๆ เช่น วัณโรค โรคติดเชื้อในลำไส้ โรคลำไส้อื่น ๆ		
4.	ผู้ป่วยเกณฑ์เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1	มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ ลำไส้ทะลุ ลำไส้ตีบ หรือ fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2	มีภาวะการอักเสบระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีเกณฑ์ครบทุกข้อ		
4.2.1	ค่า Activity score (CAI) $\geq$ 220 คะแนน หรือ Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI) score $\geq$ 30 คะแนน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ระบุค่า CAI เริ่มต้น =..... วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ค่า CAI ปัจจุบัน =.....		
	ค่า PCDAI เริ่มต้น =..... วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ค่า PCDAI ปัจจุบัน =.....		
4.2.2	ได้รับการรักษาด้วย steroid ร่วมกับ immunomodulators แล้ว และไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่      ไม่ใช่

- มีอาการอักเสบหลังจากได้ prednisolone อย่างน้อย 0.75 มก./กก./วัน (1 มก./กก./วัน ในเด็ก) หรือเทียบเท่า มานานกว่า 4 สัปดาห์ (steroids refractory disease) โดย  
ค่า CDAI ลดลงน้อยกว่า 100 คะแนน ในผู้ใหญ่ หรือ  
ค่า PCDAI ลดลงน้อยกว่า 12.5 คะแนน ในเด็ก
- มีอาการลำไส้อักเสบที่ไม่สามารถลด prednisolone ให้ต่ำกว่า 10 มก./วัน หรือ 0.25 มก./กก./วัน (ในเด็ก) หรือเทียบเท่า แม้ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมร่วมด้วยอย่างน้อย 3 เดือน(steroid dependent disease)
- มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ คือ ค่า CDAI มากกว่า 150 คะแนน หรือ เพิ่มขึ้นกว่าเดิมมากกว่า 100 คะแนน ในผู้ใหญ่ หรือค่า PCDAI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ในเด็ก  
ทั้ง ๆ ที่ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสม อย่างน้อย 3 เดือน (immunomodulators non-response disease)
- intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อการเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน (height for age)

5. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางการใช้ยา

6. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)  
บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์

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

(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรคโครห์น (Crohn's disease) ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(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...../...../.....   |                          |   |
| ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา_ดังนี้  |                          |   |
| <input type="checkbox"/> 2.1 ผู้ใหญ่ ค่า CDAI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 คะแนนหรือลดลงมากกว่า 100 คะแนนจากก่อนการรักษา |                          |   |
| <input type="checkbox"/> 2.2 เด็ก ค่า PCDAI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนนหรือลดลงมากกว่า 12.5 คะแนนจากก่อนการรักษา   |                          |   |
| 3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>                       |
| 4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา infliximab ชั่วคราว   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>                       |
| ตั้งแต่วันที่...../...../..... เนื่องจาก  |                          |   |
| <input type="checkbox"/> ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร   |                          |   |
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง   |                          |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....   |                          |   |
| 5. สรุปผลการประเมินการรักษา   |                          |   |
| <input type="checkbox"/> partial response   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> complete remission |

6. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา infliximab

8. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)  
บริหารยาทุก 8 สัปดาห์

9. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

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 ระบุค่า PUCAI เริ่มต้น =..... วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ค่า PUCAI ปัจจุบัน =.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	ผู้ป่วยต้องเคยใช้และไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน 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. ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา 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.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา liposomal amphotericin B**  
**เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคติดเชื้อราลุกลามในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา amphotericin B**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

**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**

		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../ 25.....	ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	ไม่สามารถใช้ยา voriconazole, posaconazole หรือ micafungin ได้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	ได้รับการวินิจฉัยแน่นอนว่าเป็นโรค invasive fungal infection ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	3.1 ตรวจพบเชื้อรารูปสาย (hyphae) หรือรูปสำ (yeast) และมีการทำลายเนื้อเยื่อร่วมกับโดยการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเช็ดด้วยวิธีการ aseptic technique			
<input type="checkbox"/>	3.2 เพาะเชื้อขึ้นเชื้อราตระกูล (Mold) หรือรูปสำ (yeast) จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ และมีลักษณะทางคลินิกหรือผลเอกซเรย์ที่แสดงถึงการติดเชื้อ (แบบผลเพาะเชื้อ) เชื้อที่เพาะขึ้น คือ _____			
<input type="checkbox"/>	3.3 เพาะเชื้อจากเลือดพบราสายและมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นเชื้อก่อโรคติดเชื้อ จริง หรือพบเชื้อยีสต์จากเลือด		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	ได้รับการวินิจฉัยที่เป็นไปได้ (probable) ว่าเป็นโรค invasive fungal infections ซึ่ง หมายถึงการวินิจฉัยที่ไม่ใช่แบบ definite และประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้ครบทุกข้อ			
4.1	มีปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มี neutrophil < 500/mm <sup>3</sup> นานกว่า 10 วันในช่วงที่เริ่มเกิดโรคจากเชื้อรา หรือ ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกแบบ allogeneic หรือ ได้คอร์ติโคสเตอรอยด์ (เช่น prednisolone) มากกว่า 0.3 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวันติดต่อกันมานานกว่า 3 สัปดาห์ หรือ ได้ยากดภูมิคุ้มกันอื่น (เช่น ciclosporin, alemtuzumab) ในช่วง 90 วันที่ผ่านมา หรือ มีโรคมุมคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด อย่างรุนแรง		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2	มีลักษณะทางคลินิกที่แสดงถึงการติดเชื้อรา เช่น <u>ปอดอักเสบ</u> – มีความผิดปกติใน CT chest หรือ chest X-ray อย่างน้อย 1 อย่าง คือ dense well circumscribed lesion หรือ air crescent sign หรือ cavity <u>หลอดลมอักเสบ</u> – มี ulcer, nodule, pseudomembrane, eschar หรือ plaque ใน trachea หรือ bronchus <u>การติดเชื้อในโพรงไซนัสหรือจมูก</u> – มีภาพรังสียืนยัน ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อย่าง คือ บวมเฉพาะที่ แผลในจมูกแบบ eschar หรืออาการลุกลามเข้ากระดูกใกล้เคียงรวมถึงกระบอกตา <u>การติดเชื้อที่สมอง</u> – มีอย่างน้อย 1 ใน 2 ข้อ คือ มีก้อนในสมอง หรือ มี enhancement ของเยื่อหุ้มสมองจาก MRI หรือ CT		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3	มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งถึงการติดเชื้อรา เช่น พบเชื้อราสายในเสมหะ BAL bronchial brush หรือ sinus aspirate จากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์หรือการเพาะเชื้อ หรือ การตรวจ beta D glucan ให้ผลบวกสำหรับ invasive fungal infection อื่นๆ นอกเหนือจาก Cryptococcus และ Zygomycetes		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

หมายเหตุ

1. กรณี invasive aspergillosis ให้พิจารณาใช้ voriconazole ก่อน
2. กรณี invasive mucormycosis ให้พิจารณาใช้ posaconazole ในผู้ป่วยก่อน
3. กรณีติดเชื้อ invasive candida ที่ดื้อยา fluconazole หรือไม่สามารใช้ยา amphotericin B ได้พิจารณาใช้ micafungin

5. ผู้ป่วยใช้ยา amphotericin B ในขนาดมาตรฐานแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้ ให้วงกลมเลือกกรณีที่เกิดกับผู้ป่วย

5.1 กรณีเกิดพิษต่อไต

กรณีที่	CrCl ก่อนให้ยา	CrCl หลังให้ยา	แนวทาง	
1	> 30 mL/min	< 30 mL/min หรือทำ dialysis	ใช้ Lipo Amphotericin B	- ผู้ป่วยควรมีค่า Scr ก่อนและหลังให้ยาต่างกันอย่างน้อย 3 วัน และมีการเตรียมผู้ป่วยด้วยการให้ normal saline solution (NSS) ก่อนให้ยา amphotericin B ด้วย - ค่า creatinine clearance ได้จากการคำนวณ creatinine clearance ใช้สูตร Cockcroft-Gault หรือ การวัดด้วย eGFR - ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (อายุ < 18 ปี) การพิจารณาค่า creatinine clearance ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์
2	< 30 mL/min หรือทำ dialysis	-	ใช้ Lipo Amphotericin B	
3	ทำ chronic dialysis อยู่แล้ว	-	ใช้ conventional Amphotericin B	

หมายเหตุ

สูตร Cockcroft-Gault equation คือ  $CrCl (mL/min) = (140 - age) \times (Wt \text{ in kg}) \times (0.85 \text{ if female}) / (72 \times Scr : mg/dL)$

5.2 อาการไม่พึงประสงค์ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้น ไป<sup>1</sup>

(พิจารณาตาม division of Aids table for grading the Severity of adult and Pediatric Adverse events)

ขนาดยาที่แนะนำ 3-5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน วันละ 1 ครั้ง ด้วยวิธี IV infusion ในเวลา 1-2 ชั่วโมง

6. การใช้ยาค้างนี้เป็นกรณีขออนุมัติการใช้ครั้งที่  1  2  3  4  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_ (อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน)

กรณี candidemia หรือ fungemia ให้ไม่เกิน 14 วันหลังผลเพาะเชื้อในเลือดเป็นลบ

กรณี deep organ infection ให้ยาได้จนกว่าลักษณะทางคลินิกหายไป รอยโรคในภาพรังสีหายไป หรือเหลือน้อย

7. วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาค้างนี้ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาค้างก่อน \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8. ขนาดยาที่ใช้ \_\_\_\_\_ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง \_\_\_\_\_ vials/วัน

น้ำหนักตัวของผู้ป่วย \_\_\_\_\_ กิโลกรัม คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ \_\_\_\_\_ มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน

(ขนาดยาที่แนะนำ คือ 3-5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน)

หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม ซึ่งอาจมีขนาดยาที่แตกต่างจากที่ระบุ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา posaconazole

เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษา invasive mucormycosis ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองหรือไม่ทนต่อยา amphotericin B

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก : อนุมัติไม่เกิน 14 วัน

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"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../ 25.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....		
3. ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> ไชน์ส <input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....		
4. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค invasive mucormycosis ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ตรวจพบเชื้อรา แบบ non septate hyphae โดยการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อด้วยวิธีการ aseptic technique		
<input type="checkbox"/> 4.2 เพาะเชื้อขึ้นเชื้อราตระกูล order Mucorales* จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อด้วยวิธีการ aseptic technique (แนบผลเพาะเชื้อ) โดยเชื้อที่เพาะขึ้น คือ _____		
<b>หมายเหตุ</b> *เชื้อรา order Mucorales เช่น <i>Rhizopus</i> spp, <i>Mucor</i> spp, <i>Lichtheimia</i> spp, <i>Rhizomucor</i> spp, <i>Cunninghamella</i> spp, <i>Apophysomyces</i> spp, <i>Saksenaea</i> spp, <i>Cokeromyces</i> spp, <i>Syncephalastrum</i> spp.		
5. ผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือไม่สามารถทนต่อยา amphotericin B ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 การดำเนินโรครุนแรงขึ้น ได้แก่ <input type="checkbox"/> มีการลุกลามเข้าเนื้อสมอง หรืออวัยวะข้างเคียง ได้รับการรักษาด้วยยา amphotericin B ไปแล้วอย่างน้อย 7 วัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
<input type="checkbox"/> 5.2 กรณีเกิดพิษต่อไต คือ CrCl น้อยกว่า 30 mL/min		
<input type="checkbox"/> 5.3 มีผลข้างเคียงจากยาดังต่อไปนี้ ร่วมกับไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
5.2.1 ผลข้างเคียงจากยาความรุนแรงระดับ 3		
<input type="checkbox"/> AST, ALT สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) 5-10 เท่า		
<input type="checkbox"/> Total bilirubin สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) 2.6-5 เท่า		
<input type="checkbox"/> มีผื่นทั่วตัว และ บริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกายมี (1) ตุ่มน้ำพอง หรือ (2) แผลบริเวณเยื่อเมือก		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
5.2.2 ผลข้างเคียงจากยาความรุนแรงระดับ 4		
<input type="checkbox"/> AST, ALT สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) มากกว่า 10 เท่า		
<input type="checkbox"/> Total bilirubin สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) มากกว่า 5 เท่า		
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีตุ่มน้ำพองกระจายหรือทั่วตัว หรือ Steven-Johnson syndrome หรือ toxic epidermal necrolysis		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		

6. ขนาดยา posaconazole ที่ขออนุมัติใช้

ขนาดยาเริ่มต้น ..... มก.ต่อวัน                      ตามด้วย ..... มก.ต่อวัน

หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม ซึ่งอาจมีขนาดยาที่แตกต่างจากที่ระบุ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองฯ กำหนด

อนุมัติ                       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา posaconazole

เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษา invasive mucormycosis ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองหรือไม่ทนต่อยา amphotericin B  
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่ 2, 3, 4 : อนุมัติยา 14 วันสำหรับผู้ป่วยใน และ 28 วันสำหรับผู้ป่วยนอก  
ให้กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

## 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 ข้าราชการ อื่นๆ.....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ..... /..... / 25.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. อาการทางคลินิกดีขึ้นและ/หรือรอยโรคในภาพรังสีดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ ตามเป้าหมาย ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก ..... /..... /25.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะที่เข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยาทุกข้อ ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ (อาการทางคลินิกหายไปและ/หรือรอยโรคหายไปหรือเหลือน้อยที่สุด) โดยทั่วไป ประมาณ 8-12 สัปดาห์		
2.2 หลังให้ยาไปแล้ว 28 วัน ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาซึ่งหมายถึงข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		
2.2.1 อาการทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือผลเพาะเชื้อในสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อขึ้นเชื้อต่อเนื่อง		
2.2.2 ทราบว่าเชื้อดื้อต่อยา Posaconazole จากผลเพาะเชื้อ		
2.3 สามารถใช้ยาต้านเชื้อราชนิดอื่นในการรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า เช่น ดูจากผลเพาะเชื้อ		
2.4 ไม่ใช่โรคติดเชื้อจาก order <i>Mucorales</i>		
2.5 มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Posaconazole ความรุนแรงระดับ 3-4		
2.6 สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)		
3. ขนาดยา Posaconazole ที่ขออนุมัติใช้ .....มก./วัน		
ในการใช้ยาครั้งนี้เป็นการ <input type="checkbox"/> ใช้ยาในขนาดเดิมเช่นเดียวกับครั้งก่อนหน้า		
<input type="checkbox"/> เพิ่มขนาดยาขึ้นจากการใช้ยาครั้งก่อนหน้า		
<input type="checkbox"/> ลดขนาดยาลงจากการใช้ยาครั้งก่อนหน้า		

หมายเหตุ อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม ซึ่งอาจมีขนาดยาที่แตกต่างจากที่ระบุ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา sofosbuvir/velpatasvir และ ribavirin**  
**ข้อบ่งใช้โรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย**

รายละเอียดตามภาคผนวก 3 แนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) แผนกจ่ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ  
 เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

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 (อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป)
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ตรวจพบเชื้อ HCV ในเลือด (ไม่รวม anti HCV โดยวิธี <input type="checkbox"/> HCV qualitative เช่น HCV PCR, HCV core antigen <input type="checkbox"/> HCV quantitative เช่น HCV RNA <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. HBsAg..... Anti-HBc..... กรณีมีตับแข็ง ค่า MELD score ระบุผล..... (วันที่ตรวจ.... /.../....)		
<b>เกณฑ์การวินิจฉัย</b>		
1. เคยได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังมาก่อนแล้วหายขาด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. เคยได้รับ peginterferon alfa ร่วมกับ ribavirin มาก่อน (ถ้าไม่ใช่ข้ามไปตอบข้อ 5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย peginterferon alfa ร่วมกับ ribavirin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. มีอาการข้างเคียงของการรักษาด้วย peginterferon alfa ทำให้ไม่สามารถใช้ยาต่อได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป (ณ วันส่งใช้ยา)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ต้องเป็นผู้ป่วยที่มี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1 โปรดระบุ <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ค่ากรองเลือดผ่านไต (eGFR) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อนาที	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ผู้ป่วยไม่มีภาวะตับแข็ง - กรณีผู้ป่วยมีภาวะตับแข็ง ร่วมกับ MELD score ไม่เกิน 18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังร่วมด้วย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ หรือไม่ ถ้าใช่ ต้องมีเงื่อนไขตามที่ระบุคือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.1 ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในขณะนั้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.2 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (HBV infection) ต้องได้รับการรักษา HBV infection ควบคู่กันด้วย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
10.3 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาและพบว่าหายขาดและมีระยะเวลาปลอดโรคเกินกว่า 6 เดือน <sup>2</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามของการรักษา		
11.1 ผู้ป่วยตั้งครรรภ์หรือไม่เต็มใจที่จะยินยอมในการคุมกำเนิด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.2 มีโรคประจำตัวที่ยังควบคุมรักษาไม่ได้ดี เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ถุงลมโป่งพอง โรคไทรอยด์เป็นพิษ และ HIV ที่ยังมีการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.3 ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สูตรการรักษาทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มี การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย (โปรดระบุ)

ระยะเวลาการรักษาให้นาน 12 สัปดาห์สำหรับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์

➤ กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะตับแข็ง

sofosbuvir 400 มิลลิกรัม/velpatasvir 100 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด

➤ กรณีผู้ป่วยมีภาวะตับแข็ง ร่วมกับ MELD score ไม่เกิน 18

Sofosbuvir 400 มิลลิกรัม/Velpatasvir 100 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด ร่วมกับ Ribavirin วันละ 2 ครั้ง โดยขนาดยา Ribavirin ที่ขออนุมัติใช้ยาก็คือ

ไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัม ต่อวัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง (กรณีผู้ป่วยน้ำหนัก < 75 กิโลกรัม)

1,200 มิลลิกรัม ต่อวัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง (กรณีผู้ป่วยน้ำหนัก ≥ 75 กิโลกรัม)

➤ กรณีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV-HCV coinfection และได้รับยาต้านไวรัส HIV ต้องยืนยันว่า

ได้ตรวจสอบการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา Sofosbuvir/Velpatasvir กับยาอื่นๆ เรียบร้อยแล้ว

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

<sup>2</sup> ปลอดโรค หรือ complete remission เกินกว่า 6 เดือน คือ ต้องตรวจไม่พบรอยโรคเดิม รอยโรคใหม่และการกระจายของโรคไปยังตำแหน่งอื่นโดยชัดเจน และไม่มีข้อสงสัยในการวินิจฉัย

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 โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ผลิตไทโรโทรปิน (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. ภายหลังจากขออนุมัติยาครั้งแรก 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.....

(ร่าง) แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคนิวโรมัยอีลิติสออฟติกาที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาพื้นฐาน  
(refractory neuromyelitis optica spectrum disorder)

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. อาการของผู้ป่วยไม่ได้เกิดภาวะกำเริบปลอม (pseudorelapse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิวโรมัยอีลิติสออฟติกาด้วยเกณฑ์ IPND ฉบับล่าสุด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์ข้อ 4.1 หรือ 4.2 ข้อใดข้อหนึ่ง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 เคยได้รับยาสูตรใดสูตรหนึ่ง ได้แก่ prednisolone based regimen (โดยมีการใช้ prednisolone ขนาด 10-20 mg ต่อวัน) หรือ azathioprine based regimen (โดยมีการใช้ azathioprine ขนาด 2-3 mg/kg/day) หรือ mycophenolate mofetil based regimen (โดยมีการใช้ mycophenolate mofetil ขนาด 2,000 mg/day) ในระยะเวลาที่เหมาะสม (6 เดือนขึ้นไป) และยังมีอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำของโรค		
<input type="checkbox"/> 4.2 มีผลข้างเคียงจากยา แพ้ยารายการใดรายการหนึ่งในข้อ 4.1 จนกระทั่งไม่สามารถใช้ยา ร่วมกันในการควบคุมโรคได้ รายละเอียดตามแนวทางกำกับการใช้ยา		
5. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้		
ให้เริ่มต้นด้วย induction ที่ขนาด 1,000 mg ในวันที่ 1 และอีก 1,000 mg ในวันที่ 15		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

(ร่าง) แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab  
ข้อบ่งใช้ โรคนิวโรมัยอีไลติสออพติกาที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาพื้นฐาน  
(refractory neuromyelitis optica spectrum disorder)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง**

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. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. 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 ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. อาการของผู้ป่วยไม่ได้เกิดภาวะกำเริบปลอม (pseudorelapse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้		
3.1 ให้ rituximab ครั้งละ 500-1000 mg ทุก 6 เดือน		
โดยครั้งนี้เป็นการให้ยาในช่วงการติดตาม ปีที่ ..... ครั้งที่ของปี ..... ขอใช้ยา rituximab ..... mg		
3.2 ในกรณีที่ต้องการใช้ยาก่อนครบ 6 เดือน ให้ตรวจระดับ CD19 หรือ CD19/CD27 โดยถ้าระดับของ CD19 มากกว่าร้อยละ 1 หรือ ระดับ CD19/CD27 มากกว่าร้อยละ 0.05 ใน 2 ปีแรก และมากกว่าร้อยละ 0.1 ในปีถัดไป ของ mononuclear cell สามารถให้ยา rituximab ในขนาด 375 mg/m <sup>2</sup> เพิ่มได้ 1 ครั้ง ทั้งนี้ในช่วงเวลา 12 เดือนนั้น ให้รับยาไม่เกิน 3 ครั้ง (โดยไม่นับรวม induction)		
โดยครั้งนี้เป็นการให้ยาในช่วงการติดตาม ปีที่ ..... ครั้งที่ของปี ..... ระดับ CD19 ..... % หรือ CD19/CD27 ..... % ขอใช้ยา rituximab ..... mg		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

# 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 ...../...../.....

		ใช่	ไม่ใช่																				
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
2.	ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัย nephropathic cystinosis ด้วยอาการทางคลินิกร่วมกับผลทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
	2.1 การวัดระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาวที่สูงกว่าปกติ	<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ																				
	2.2 การตรวจพบ cystine crystal ที่กระจกตาด้วยการตรวจพิเศษ (slit lamp) โดยจักษุแพทย์	<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ																				
	2.3 การตรวจทางพันธุกรรมพบการกลายพันธุ์ที่ก่อโรคของสองแอลลีลของยีน CTNS	<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ																				
3.	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มการรักษา																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">ลำดับ</th> <th style="width: 35%;">รายละเอียด</th> <th style="width: 15%;">วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ</th> <th style="width: 20%;">ผลการตรวจ</th> <th style="width: 20%;">หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>ระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาว</td> <td>.../.../25....</td> <td>..... ul</td> <td>(ถ้ามี)</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Blood Urea Nitrogen (BUN)</td> <td>.../.../25....</td> <td>..... mg/ml</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Creatinine Clearance (Cr)</td> <td>.../.../25....</td> <td>..... ml/min</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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			
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  
ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา nitisinone**  
**ข้อบ่งใช้ โรคไทโรซีนีเมียชนิดที่ 1 (hereditary tyrosinemia type 1)**  
**โดยใช้เฉพาะการรักษาผู้ป่วยก่อนได้รับการปลูกถ่ายตับ (liver transplant)**

**กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

(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"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ .....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....

		ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยมีข้อสงสัยตามข้อใดข้อหนึ่ง กรณีดังต่อไปนี้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 ผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติครอบครัวเป็น tyrosinemia type I	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
2.2 มีอาการทางตับ/อาการที่เข้ากับ tyrosinemia type I	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
กรณีพบ โปรดระบุอาการ.....			
2.3 Newborn screening แล้วมีผลเป็นบวก (positive)	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3. ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคไทโรซีนีเมียชนิดที่ 1 (Hereditary Tyrosinemia type 1) โดยข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1 ได้รับการตรวจยืนยันด้วยการตรวจหาการกลายพันธุ์ของยีน fumarylacetoacetate hydrolase (FAH) พบการกลายพันธุ์	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3.2 ตรวจพบสารซักซินิลอะซิโตน (succinylacetone) ในเลือด (ด้วยวิธี Tandem mass spectrometry (MS/MS))	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3.3 ตรวจพบสารซักซินิลอะซิโตน (succinylacetone) ในปัสสาวะ (ด้วยวิธี Gas chromatography mass spectrometry (GCMS))	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
4. ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำการปลูกถ่ายตับ (liver transplant)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มการรักษา			

ลำดับ	รายละเอียด	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
1.	Plasma amino acids	.../.../25...	.....	
2.	CBC	.../.../25...	.....	
3.	Liver function test และ Coagulogram	.../.../25...	.....	
4.	Alpha-fetoprotein (AFP)	.../.../25...	.....	
5.	Abdominal imaging (ultrasound/ CT or MRI)	.../.../25...		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

6.	Electrolytes Blood Urea Nitrogen (BUN) Creatinine Clearance (Cr) Calcium (Ca) Phosphorus (P)	.../.../25...	..... ..... ..... .....	หากอายุน้อยกว่า 1 ปี ไม่ต้องตรวจ
7.	Developmental evaluation	.../.../25...	..... .....	หากอายุน้อยกว่า 1 ปี ไม่ต้องตรวจ
8.	Ophthalmology	.../.../25...	..... .....	เมื่อมีอาการหรือมีข้อ บ่งชี้ทางคลินิก

6. ขนาดยา nitisinone ที่ขออนุมัติใช้  
ขนาดยาเริ่มต้น ..... mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง  
ตามด้วย ..... mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา nitisinone**  
**ข้อบ่งใช้ โรคไทโรซิเนเมียชนิดที่ 1 (hereditary tyrosinemia type 1)**  
**โดยใช้เฉพาะการรักษาผู้ป่วยก่อนได้รับการปลูกถ่ายตับ (liver transplant)**

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง**

กรณีขอใช้ยาต่อเนื่องครั้งที่  2  3  4  5  .....

(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"/> <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**

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....

ใช่    ไม่ใช่  
   

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill
- สถานะการปลูกถ่ายตับ (liver transplant) ของผู้ป่วย
  - ยังไม่ได้ปลูกถ่ายตับ และยังไม่มีการวางแผน
  - ยังไม่ได้ปลูกถ่ายตับ แต่มีการวางแผนไว้แล้ว
  - ปลูกถ่ายตับแล้ว
  - อื่นๆ ระบุ .....
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างการรักษา (ติดตามผลการรักษาทุก 1-3 เดือน)
 

ลำดับ	รายละเอียด	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
1.	Succinylacetone (quantitative) <input type="checkbox"/> พลาสมาหรือเลือด <input type="checkbox"/> ปัสสาวะ	.../.../25...	.....	*เมื่อมีข้อบ่งชี้หรือจำเป็น
2.	Plasma amino acids	.../.../25...	.....	
3.	CBC	.../.../25...	.....	
4.	Liver function test และ Coagulogram	.../.../25...	.....	
5.	Alpha-fetoprotein (AFP)	.../.../25...	.....	
6.	Abdominal imaging (ultrasound/ CT or MRI)	.../.../25...	.....	*หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้หรือจำเป็น
7.	Electrolytes Blood Urea Nitrogen (BUN) Creatinine Clearance (Cr) Calcium (Ca) Phosphate (P)	.../.../25...	.....	หากอายุน้อยกว่า 1 ปี ไม่ต้องตรวจ
8.	Developmental evaluation	.../.../25...	.....	หากอายุน้อยกว่า 1 ปี ไม่ต้องตรวจ
9.	Ophthalmology	.../.../25...	.....	เมื่อมีอาการหรือมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

4. ขนาดยา nitisinone ที่ขออนุมัติใช้  
ขนาดยา ..... mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ตามด้วย ..... mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา sapropterin (BH4)

เงื่อนไขใช้สำหรับโรค tetrahydrobiopterin (BH4) deficiencies

(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"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ตรวจ plasma amino acids พบระดับ phenylalanine ในเลือดสูงกว่าปกติ ระดับ phenylalanine ในเลือด = ..... µmol/L	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยที่มีอาการหรือตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> มีอาการทางคลินิกแสดง ระบุ .....		
<input type="checkbox"/> มีประวัติครอบครัว (พี่น้องร่วมบิดามารดา) เป็นโรค BH4 deficiencies		
<input type="checkbox"/> ตรวจพบความผิดปกติจาก newborn screening โดยพบ phenylalanine สูง ระดับ phenylalanine ในเลือด = ..... µmol/L		
4. ได้รับการตรวจยืนยันด้วยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ตรวจยืนยันและพบตำแหน่งกลายพันธุ์ก่อโรคในยีน GCH1, PTS, และ/หรือ PCBD1 ยืนยันการวินิจฉัยโรค BH4 deficiencies ที่ควรได้รับการรักษาด้วย sapropterin ระบุตำแหน่งกลายพันธุ์ก่อโรค .....		
<input type="checkbox"/> ผลการทดสอบ BH4 loading test พบว่ามีการตอบสนองได้ดีเข้าได้กับ BH4 deficiencies		
<b>หมายเหตุ</b> หากยังไม่มีผลการตรวจยืนยันในการยื่นขออนุมัติครั้งแรก ควรยื่นผลการตรวจยืนยันตามหลังการขออนุมัติครั้งแรกภายใน 4 เดือน		
5. ขนาดยา sapropterin (BH4) ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน)		
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../.....		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา sapropterin (BH4)

## เงื่อนไขใช้สำหรับโรค tetrahydrobiopterin (BH4) deficiencies

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ .....

## 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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

- |   | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../ ...../ ..... | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต<br>ระบุ (หากพบภาวะแทรกซ้อน) .....  |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ผู้ป่วยสามารถให้ยาในรูปแบบรับประทานได้   |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ผู้ป่วยไม่เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา sapropterin ชนิดรุนแรง<br>ระบุ (หากเกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา) .....  |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาตามกำหนดการรักษาหรือยินยอมที่จะใช้ยา sapropterin  |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นหรือไม่แย่งลงหลังการรักษา (กรณีแย่งลง หมายถึง มีอาการทางระบบประสาทแย่งลง หรือเป็นมากขึ้น (severe or advanced disease) หลังจากให้ยาขนาดสูงสุดต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี)<br>ระบุ (หากมีอาการทางระบบประสาทที่แย่งลง) ..... |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. การประเมินติดตามอาการและผลการตอบสนองต่อการรักษา  |  |                       |                       |

ลำดับ	รายละเอียด	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
1	อาการทางคลินิก	...../ ...../ 25.....		
2	อาการทางระบบ ประสาท	...../ ...../ 25.....		
3	พัฒนาการและ/หรือ ระดับเซาวนปัญญา	...../ ...../ 25.....		
4	ระดับ phenylalanine ในเลือด	...../ ...../ 25.....		

8. ขนาดยา sapropterin (BH4) ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน)

9. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 6-12 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา sapropterin (BH4)  
เงื่อนไขใช้สำหรับโรค phenylketonuria (PKU)

(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"/>			
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
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยมีอายุ 1 เดือนขึ้นไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ตรวจ plasma amino acids พบระดับ phenylalanine ในเลือดก่อนการรักษา >360 µmol/L ระดับ phenylalanine ในเลือด = ..... µmol/L	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรค PKU ทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีการในข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ผลการตรวจวิเคราะห์สาร pterins ในปัสสาวะและ DHPR activity ในเลือดปกติ		
<input type="checkbox"/> 4.2 ผลการตรวจ mutation analysis พบการกลายพันธุ์ของยีน phenylalanine hydroxylase (PAH)		
<input type="checkbox"/> 4.3 BH4 loading test เข้าได้กับโรค PKU		
5. ผู้ป่วยต้องเป็นไปตามเกณฑ์ทั้ง 2 ข้อ ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหารแล้วยังมีระดับ phenylalanine ในเลือดเกินกว่า 360 µmol/L ระดับ phenylalanine ในเลือด = ..... µmol/L		
<input type="checkbox"/> 5.2 ผล BH4 loading test พบว่ามีการตอบสนองต่อยา sapropterin โดยระดับ phenylalanine ในเลือดลดลงมา ≥30% จากระดับ baseline ระดับ phenylalanine ในเลือด = ..... µmol/L (ลดลงจาก baseline = ..... %)		
5. ขนาดยา sapropterin (BH4) ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน)		
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../ ...../ ..... ถึง ...../ ...../ .....		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด  
 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา  
ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา sapropterin (BH4)  
เงื่อนไขใช้สำหรับโรค phenylketonuria (PKU)

(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
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ระบุ (หากพบภาวะแทรกซ้อน) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยสามารถให้ยาในรูปแบบรับประทานได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยไม่เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา sapropterin ชนิดรุนแรง ระบุ (หากเกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาตามกำหนดการรักษาหรือยินยอมที่จะใช้ยา sapropterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง (severe disease) หรือเป็นมากขึ้น (advanced disease) ระบุ (หากมีอาการรุนแรงหรือเป็นมากขึ้น) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาระดับ phenylalanine ในเลือด ให้น้อยกว่า 600 µmol/L ต่อเนื่องกัน 2 ครั้ง (ห่างกันไม่เกิน 6 เดือน) โปรดระบุในข้อ 8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. การประเมินติดตามอาการและผลการตอบสนองต่อการรักษา		

ลำดับ	รายละเอียด	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
1	อาการทางคลินิก	...../...../ 25....		
		...../...../ 25....		
2	พัฒนาการและ/หรือ ระดับเขาวนปัญญา	...../...../ 25....		
		...../...../ 25....		
3	ระดับ phenylalanine ในเลือด	...../...../ 25....		
		...../...../ 25....		

9. ขนาดยา sapropterin (BH4) ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ( ..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน)

10. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../ ...../ ..... ถึง ...../ ...../ .....

(อนุมัติให้ยาทุก 6-12 เดือน)

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab**  
**เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน (psoriatic arthritis)**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

**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"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน ตามเกณฑ์ CASPAR criteria 2006	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมในข้อ 3.1-3.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 axial involvement (spine หรือ sacroiliac joint) ที่มี BASDAI $\geq$ 4 หรือ ASDAS $\geq$ 2.1		
<input type="checkbox"/> 3.2 peripheral joint involvement ที่มีข้อบวม (swollen joint) $\geq$ 4 ข้อ อนึ่ง dactylitis และ enthesitis 1 ตำแหน่งนับเป็น 1 ข้อ		
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 กรณีมี axial involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs $\geq$ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARD ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) $\geq$ 1 ชนิด นาน 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.2 กรณีมี peripheral joint involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs $\geq$ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARDs ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) $\geq$ 2 ชนิดร่วมกัน นาน 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.3 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง อย่างมีนัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
<input type="checkbox"/> 4.4 มีข้อห้ามในการใช้ยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 อย่างมีนัยสำคัญ		



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
5. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab

### เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน (psoriatic arthritis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

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"/> 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. ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 ผลประเมินกรณี axial involvement มีค่า BASDAI ลดลง $\geq 2$ หรือ ASDAS ลดลง $\geq 1$		
<input type="checkbox"/> 3.2 ผลประเมินกรณี peripheral joint involvement มีการลดลงของค่า DAS28-ESR $> 0.6$		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา adalimumab ได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา adalimumab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 ตรวจพบการตั้งครรภ์ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค		
<input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ) .....		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

6. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab**  
**เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)**

(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"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามเกณฑ์ ACR 1987 หรือ ACR /EULAR 2010	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ DAS28-ESR $\geq$ 5.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา csDMARDs หมายถึง ผู้ป่วยผ่านการรักษาด้วยยา csDMARDs แบบผสม $\geq$ 3 ขนาน โดยอย่างน้อย 1 ขนานต้องเป็นยา methotrexate และจะต้องได้รับยาแต่ละตัวในขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target dose) ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา csDMARDs ในข้อ 4.1 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
<input type="checkbox"/> 4.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา csDMARDs ในข้อ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญ		
5. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)		

**แพทย์ผู้สั่งใช้ยา**

**สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด**

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab**  
**เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 มีการลดลงของค่า DAS28-ESR $\geq 1.2$ หรือ		
<input type="checkbox"/> 3.2 DAS28-ESR 28 $< 3.2$ หรือ		
<input type="checkbox"/> 3.3 DAS28-ESR $< 2.6$ (โรคเข้าสู่ระยะสงบ)		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา adalimumab ได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา adalimumab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอลงกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 ตรวจพบการตั้งครรภ์ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อยเข้าสู่สถานะ low disease activity (DAS28-ESR $\geq 2.6$ )		
<input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ) .....		
6. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

### เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (ankylosing spondylitis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

#### 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"/>		
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"/> อื่นๆ

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึดตามเกณฑ์ modified New York criteria 1984	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ axial involvement (spine/sacroiliac joint) ที่มี BASDAI $\geq$ 4 หรือ ASDAS $\geq$ 2.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs $\geq$ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARD ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) $\geq$ 1 ชนิด นาน 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
<input type="checkbox"/> 4.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญ		
5. ไม่เคยแพ้ยา infliximab รุนแรง หรือแพ้ส่วนประกอบที่เป็น murine protein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่      ไม่ใช่

7. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)  
 บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

### เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (ankylosing spondylitis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

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"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่นๆ

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา infliximab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 ผลประเมินค่า BASDAI ลดลง $\geq 2$		
<input type="checkbox"/> 3.2 ผลประเมินค่า ASDAS ลดลง $\geq 1$		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา infliximab ได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา infliximab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 ตรวจพบการตั้งครรภ์ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
<input type="checkbox"/> 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค		
<input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ) .....		



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

6. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาทุก 8 สัปดาห์
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Bevacizumab

## ข้อบ่งใช้

1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบวมจอตา (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"/> <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.....