**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา somatropin หรือ growth hormone (GH)**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**ยา somatropin**

**ข้อบ่งใช้ growth hormone deficiency ในทารกแรกเกิดหรือเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 2 ปี**

**ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดNMOSD ครั้งแรก**

**ข้อบ่งใช้ growth hormone deficiency ในทารกแรกเกิดหรือเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 2 ปี
ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา**  |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 2 ปี | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ทารกและเด็กเล็กที่มีภาวะ growth hormone deficiency ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ทุกข้อ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 3.1 ทารกหรือเด็กเล็กที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (blood glucose <50 mg/dL) และในเวลาเดียวกัน มีระดับ growth hormone <7 ng/mL โดยทารกอาจมีภาวะ congenital hypopituitarism ร่วมด้วย |  |  |
| ❑ | 3.2 ทารกต้องไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น hyperinsulinemic hypoglycemia, inborn error of metabolism เป็นต้น |  |  |
| 4. | ขนาดยา somatropin ที่แนะนำ คือ ขนาดเริ่มต้น 20 (15-30) mcg/kg/day และปรับตามการตอบสนองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ปกติ โดยขนาดสูงสุดไม่เกิน 40 mcg/kg/day สำหรับเด็กอ้วนให้คำนวณขนาดยาตาม body surface area โดยให้ขนาดเริ่มต้น 0.5-0.7 mg/m2/day และขนาดสูงสุดไม่เกิน 1 mg/m2/day  |  |  |
|  | (อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน) |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |