**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......................................** | | | |