

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา somatropin หรือ growth hormone (GH)  
ข้อบ่งใช้ growth hormone deficiency ในทารกแรกเกิดหรือเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 2 ปี  
ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด**

(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. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา**

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 2 ปี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ทารกและเด็กเล็กที่มีภาวะ growth hormone deficiency ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ทุกข้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 ทารกหรือเด็กเล็กที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (blood glucose <50 mg/dL) และในเวลาเดียวกัน มีระดับ growth hormone <7 ng/mL โดยทารกอาจมีภาวะ congenital hypopituitarism ร่วมด้วย		
<input type="checkbox"/> 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/m <sup>2</sup> /day และขนาดสูงสุดไม่เกิน 1 mg/m <sup>2</sup> /day		
(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....