แบบฟอร์ม จ(2)
ยา APCC haemophilia

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา activated prothrombin complex concentrate (APCC)
ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มี high-titer inhibitor

(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. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Hemophilia	❍	❍
❑ Hemophilia A ❑ Hemophilia B		
3. ผลการตรวจ coagulation factor inhibitor ≥ 5 Bethesda units	❍	❍
4. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ	❍	❍

❑ เลือดออกรุนแรงจนมี ความดันโลหิตตก หรือ ชีพจรเร็ว หรือ ต้องได้รับเม็ดเลือดแดง
❑ เลือดออกในสมอง หรือ ไขสันหลัง
❑ เลือดออกที่อาจอุดตันทางเดินหายใจ
❑ เลือดออกในช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง หรือ retroperitonium
❑ เลือดออกในข้อหรือกล้ามเนื้อที่รุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาประคับประคอง (RICE: Rest, Ice, Compression และ Elevation)

5. ขนาดยา APCC ที่ขออนุมัติใช้ ..... ยูนิต
แนะนำการใช้ APCC ขนาด 25-50 ยูนิต/กก./ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้น สามารถให้ซ้ำทุก 12-24 ชั่วโมงรวมสูงสุด 3 วัน
(อนุมัติสูงสุดไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
O อนุมัติ O ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....
(.....)
ว.....