

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก
(non-systemic juvenile idiopathic arthritis: non-sJIA)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)
(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. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. 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. อายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป		
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก วันเดือนปีที่วินิจฉัย / / โดยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 เกณฑ์ International League of Associations for Rheumatology classification of JIA		
<input type="checkbox"/> 3.2 เกณฑ์ Classification criteria for JIA ซึ่งพัฒนาโดย Pediatric Rheumatology International Trials Organization International (PRINTO) Consensus		
4. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ข้ออักเสบ อย่างน้อย 1 ข้อ		
<input type="checkbox"/> 4.2 enthesitis อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง		
<input type="checkbox"/> 4.3 sacroiliitis		
<input type="checkbox"/> 4.4 มีภาวะม่านตาอักเสบ (uveitis)		
5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน หรือไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ของยามาตรฐาน อย่างน้อยตามเกณฑ์ข้อ 5.1 โดยอาจมีข้อ 5.2 ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ กล่าวคือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา NSAIDs ขนาดเต็มที่ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม csDMARDs ในขนาดรักษา ≥ 2 ชนิดในกรณีข้ออักเสบเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน หรือ ≥ 1 ชนิดในกรณี enthesitis/sacroiliitis/uveitis เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน หรือไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> 5.2 ไม่สามารถหยุดยา หรือไม่สามารถใช้ยา หรือไม่สามารถลดขนาดยาในกลุ่มสเตียรอยด์ และ/หรือ ไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มสเตียรอยด์		
6. กรณีโรคอยู่ในภาวะกำเริบ (active disease) คือ มีอาการทางคลินิก และ/หรือมีค่า ESR/CRP ผิดปกติ ยกเว้นในกรณีมีภาวะม่านตาอักเสบ (uveitis) ที่ไม่จำเป็นต้องมีค่า ESR/CRP ผิดปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้		
<input type="checkbox"/> 9.1 24 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์		
<input type="checkbox"/> 9.2 20 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยน้อยกว่า 30 กิโลกรัม)		
<input type="checkbox"/> 9.3 40 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยตั้งแต่ 30 กิโลกรัมขึ้นไป)		
ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เกิน 2 คอร์สการรักษาตลอดชีวิต และในกรณีผู้ป่วยมีอาการ flare-up ให้นำเป็นการรักษา 1 คอร์สการรักษา		
10. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....		

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

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

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....
 วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก
(non-systemic juvenile idiopathic arthritis: non-sJIA)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)
(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. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา โดยผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษา (responder) หมายถึง ผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ACR30 <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ACR70 <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยอยู่ในสถานะ Inactive Disease (IN) คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก ค่า ESR/CRP อยู่ในระดับปกติ และอยู่ภายใต้การรักษาด้วยยา adalimumab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. สรุปผลการประเมินการรักษา <input type="radio"/> stable disease to complete response <input type="radio"/> progressive disease		
4. ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับยาในคอร์สการรักษาที่ 2*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> 5.1 24 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 5.2 20 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยน้อยกว่า 30 กิโลกรัม) <input type="checkbox"/> 5.3 40 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยตั้งแต่ 30 กิโลกรัมขึ้นไป) โดยมีแนวทางการให้ยา adalimumab ร่วมกับการรักษามาตรฐาน จำนวน 1 คอร์สการรักษา ดังตาราง ในแนวทางกำกับการใช้ยา * ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เกิน 2 คอร์สการรักษาตลอดชีวิต และในกรณีผู้ป่วยมีอาการ flare-up		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

ให้นำเป็นการรักษา 1 คอร์สการรักษา

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ non-Hodgkin lymphoma ชนิด advanced follicular lymphoma

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)

(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"/> <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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Follicular lymphoma วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โดยตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง หรือทุกข้อ ดังต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> 2.1 histologic morphology จากการตรวจชิ้นเนื้อของต่อมน้ำเหลืองและตรวจพบ CD-20 positive		
<input type="checkbox"/> 2.2 cell surface marker analysis by flow cytometry และตรวจพบ CD-20 positive		
3. ผู้ป่วยต้องอยู่ในระยะ II - IV ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 B-symptom ได้แก่ ไข้โดยที่ไม่ทราบสาเหตุ เหงื่อออกกลางคืน หรือน้ำหนักลดมากกว่า 10% ใน 6 เดือน		
<input type="checkbox"/> 3.2 ขนาดของก้อนใดก้อนหนึ่งมากกว่า 7.5 ซม. หรือมีตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 3 ตำแหน่ง และแต่ละตำแหน่งโตมากกว่า 3 ซม.		
<input type="checkbox"/> 3.3 ขนาดของม้ามโตมากกว่า 6 ซม. จากชายโครงซ้าย มีอาการจากเม็ดเลือดถูกทำลายที่ม้าม (hypersplenism) หรือมีอาการปวดม้าม		
<input type="checkbox"/> 3.4 การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่เสื่อมถอยลงที่เกิดจากการกดเบียดหรือทับของก้อนต่อมน้ำเหลืองต่ออวัยวะสำคัญ การพบสารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือเยื่อหุ้มหัวใจ หรือช่องท้อง		
<input type="checkbox"/> 3.5 มีจำนวนเม็ดเลือดลดน้อยลง เนื่องจากการมีเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองเข้าไปในไขกระดูก		
<input type="checkbox"/> 3.6 การมีเซลล์มะเร็งในเลือด >5,000/mm ³		
<input type="checkbox"/> 3.7 มี Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) หรือ Immune Thrombocytopenia (ITP) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา corticosteroid		
4. ใช้ยาร่วมกับยาเคมีบำบัด ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตร R-CVP X 6-8 cycles		

ใช่ ไม่ใช่

4.2 ใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตร R-CHOP X 6-8 cycles

5. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม
เป็นการใช้ยา rituximab รอบที่ของการรักษา

หมายเหตุ

ขนาดยา rituximab ที่แนะนำคือ 375 mg/m² ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ไม่เกิน 8 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3-4 สัปดาห์

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ non-Hodgkin lymphoma ชนิด advanced follicular lymphoma

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อ (กรณีใช้ยายังไม่ครบคอร์สการรักษา 6-8 รอบ)

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"/> 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. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้		
<input type="checkbox"/> ตรวจสอบการตอบสนองด้วยการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน		
<input type="checkbox"/> ตรวจสอบติดตามด้วยภาพรังสี (radiologic imaging) ซ้ำ ในบริเวณที่เคยตรวจพบรอยโรค (หลังได้รับยาไปแล้ว 3-4 รอบของการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา)		
<input type="checkbox"/> กรณีตรวจพบรอยโรคในไขกระดูกตั้งแต่เริ่มต้น ให้ตรวจ bone marrow aspiration/biopsy ซ้ำ (เมื่อสิ้นสุดการรักษา)		
3. สรุปผลการประเมินการรักษา		
<input type="radio"/> stable disease		
<input type="radio"/> progressive disease		
4. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม เป็นการให้ยา rituximab รอบที่ของการรักษา		
หมายเหตุ ขนาดยา rituximab ที่แนะนำคือ 375 mg/m ² ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ไม่เกิน 8 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3-4 สัปดาห์		
5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคมัลติเพิลสเคอโรสิสชนิดที่มีการกลับเป็นซ้ำ (Relapsing Remitting Multiple Sclerosis)

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

(อนุมัติให้ยาในระยะ induction therapy)

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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมัลติเพิลสเคอโรสิสด้วยเกณฑ์ McDonald 2017 หรือ ใช้เกณฑ์ McDonald ที่ปรับปรุงล่าสุด วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การใช้ยาครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 มีการกลับเป็นซ้ำของโรคตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา		
<input type="checkbox"/> 3.2 EDSS ที่สามเดือนหลังอาการกำเริบครั้งสุดท้าย ไม่เกิน 5.5		
<input type="checkbox"/> 3.3 อาการของผู้ป่วยไม่ได้เกิดภาวะกำเริบเทียม (pseudorelapse)		
4. ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาด้วยยากดภูมิที่ใช้เป็นทางเลือกแรก ตามลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากดภูมิที่ใช้เป็นทางเลือกแรก		
<input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยากดภูมิที่ใช้เป็นทางเลือกแรก		
ทั้งนี้การเลือกใช้ยาที่เป็นทางเลือกแรกขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา		
5. ขนาดยา rituximab ในช่วง induction therapy ที่ขออนุมัติใช้		
<input type="checkbox"/> 5.1 1,000 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 1 และวันที่ 15		
<input type="checkbox"/> 5.2 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร ทางหลอดเลือดดำ สัปดาห์ละครั้ง x 4 สัปดาห์ (กรณีใช้ในผู้ป่วยเด็ก)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคมัลติเพิลสเคอโรสิสชนิดที่มีการกลับเป็นซ้ำ (Relapsing Remitting Multiple Sclerosis)

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

(อนุมัติใช้ยาในระยะ maintenance therapy ครั้งละไม่เกิน 12 เดือน)

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"/> 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. วัน/เดือน/ปีที่เริ่ม maintenance therapy/...../..... และระยะเวลาการใช้ยา maintenance therapy รวม induction therapy แล้วไม่เกิน 5 ปี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้วเป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษา (responder) หมายถึง ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ <input type="checkbox"/> อัตราการเป็นซ้ำลดลงมากกว่าร้อยละ 50 <input type="checkbox"/> ค่า EDSS คงที่หรือลดลง <input type="checkbox"/> รอยโรคจาก MRI เทียบระหว่างก่อนกับหลังได้รับยา มีจำนวนรอยโรคคงที่หรือลดลง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผลประเมินการรักษาระหว่างการให้ maintenance therapy <input type="checkbox"/> stable disease or complete response <input type="checkbox"/> progressive disease <input type="checkbox"/> การใช้ยาในระยะ maintenance therapy ครั้งแรก		
5. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราว ตั้งแต่วันที่...../...../..... เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

อื่น ๆ ระบุ.....

7. ขนาดยา rituximab ในช่วง maintenance therapy ที่ขออนุมัติใช้ ที่ขออนุมัติใช้

500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน

1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน

..... มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน (สำหรับการใช้ในผู้ป่วยเด็กสามารถให้ยา Rituximab ในขนาด 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร)

หมายเหตุ

- 1) กรณีที่สามารถตรวจระดับ CD19 ได้ หากระดับ CD19 น้อยกว่าร้อยละ 1 สามารถเพิ่มระยะห่างของการใช้ยามากกว่า 6 เดือนได้
- 2) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเป็นซ้ำก่อนรอบยา 6 เดือน หากจำเป็นต้องให้ยา rituximab ซ้ำ จำเป็นต้องเจาะระดับ CD19 ถ้าระดับมากกว่าร้อยละ 1 หรือ ระดับ CD19/CD27 มากกว่าร้อยละ 0.05 ของ mononuclear cell ใน 2 ปีแรก และมากกว่าร้อยละ 0.1 ในปีถัดไป สามารถให้ยา Rituximab เพิ่มได้ 1 ครั้ง ทั้งนี้ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนนั้น ให้รับยาไม่เกิน 3 ครั้ง (โดยไม่รวม induction)

8. วันที่เริ่ม induction therapy วันที่/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคมัยแอสติเนียเกรวิสที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ (severe myasthenia gravis)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)

(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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ได้ ตามกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	2.1 การใช้ในกรณีสถานการณ์ขาดแคลนยา IVIG หรือ		
<input type="checkbox"/>	2.2 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่กำหนดได้ หรือ		
<input type="checkbox"/>	2.3 แพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้อำนวยการสถานพยาบาลเห็นสมควรใช้ยา rituximab		
3.	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค generalized myasthenia gravis หรือ bulbar myasthenia gravis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /			
โดยมีการยืนยันการวินิจฉัยเพิ่มเติมที่ผิดปกติอย่างน้อย 1 อย่าง ดังต่อไปนี้			
<input type="checkbox"/>	3.1 Abnormal tensilon test หรือ neostigmine test ที่จะต้องมี objective differences ก่อนและหลัง		
<input type="checkbox"/>	3.2 Abnormal repetitive nerve stimulation (RNS) และ/หรือ Abnormal single fiber electromyography (SFEMG)		
<input type="checkbox"/>	3.3 Positive acetylcholine receptor antibody (AChR-Ab) หรือ muscle specific receptor tyrosine kinase antibody (MuSK antibody)		
4.	ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน หรือมีข้อห้ามใช้อย่างสมบูรณ์ ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ดังต่อไปนี้			
<input type="checkbox"/>	4.1 รักษาด้วยยา prednisolone ร่วมกับยากดภูมิชนิดอื่น แล้วยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ หลังจากได้รับยาเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

- 4.2 ผู้ป่วยมีข้อห้ามหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา prednisolone หรือยากดภูมิชนิดอื่น และผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่โรคจะดำเนินไปถึงจุดวิกฤติ และมีความเสี่ยงถึงชีวิตในภาวะวิกฤติ
- 4.3 ผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธี thymectomy ได้ ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยยา prednisolone ร่วมกับยากดภูมิชนิดอื่น แล้วยังไม่สามารถควบคุมของโรคได้ โดยทั้งนี้ได้มีการพิจารณาเรื่อง thymectomy อย่างเต็มที่ก่อนแล้ว

5. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้

- 5.1 1,000 มิลลิกรัม
- 5.2 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร

หมายเหตุ แนะนำการใช้ยา rituximab

กรณีการใช้สำหรับ induction therapy ดังนี้

- 1) ให้ยา rituximab ในขนาด 1,000 มิลลิกรัม เป็นจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ หรือ
- 2) ให้ยา rituximab ในขนาด 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร สัปดาห์ละครั้ง เป็นจำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

อนุมัติให้ยาไม่เกิน 1 เดือน

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคมัยแอสตีเนียเกรวิสที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ (severe myasthenia gravis)

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)

(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"/>				
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
			วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมิน clinical status โดยใช้ The Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA) clinical classification เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้ยา หรือประเมินโดยใช้ The myasthenic muscle score (MMS) ทุก 6 เดือน		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราว ตั้งแต่วัน/เดือน/ปี...../...../..... เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> 1,000 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> มิลลิกรัม			
หมายเหตุ				

แนะนำการให้ยา rituximab กรณีการใช้สำหรับ maintenance therapy คือ ให้ยา rituximab ในขนาด 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune encephalitis)

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)

(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"/> <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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ได้ ตามกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> 2.1 การใช้ในกรณีสถานการณ์ขาดแคลนยา IVIG หรือ		
	<input type="checkbox"/> 2.2 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่กำหนดได้ หรือ		
	<input type="checkbox"/> 2.3 แพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้อำนวยการสถานพยาบาลเห็นสมควรใช้ยา rituximab		
3.	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค autoimmune encephalitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /		
	โดยมีลักษณะครบทุกข้อดังต่อไปนี้		
	<input type="checkbox"/> 3.1 มีอาการทางระบบประสาทน้อยกว่า 3 เดือน (ความผิดปกติด้านความจำ ชัก อาการทางจิตหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของใบหน้าหรือแขนขาผิดปกติ) และมี modified Rankin Scale (mRS) score ตั้งแต่ 3 ขึ้นไป		
	<input type="checkbox"/> 3.2 สาเหตุของอาการต้องไม่เกิดจากภาวะติดเชื้อ หรือ ได้รับยาหรือสารเคมีหรือสารพิษที่ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาท		
4.	มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันอย่างน้อยอย่างหนึ่ง ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> 4.1 การตรวจเลือดหรือน้ำไขสันหลังเป็นผลบวกต่อแอนติบอดีโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกัน		
	<input type="checkbox"/> 4.2 การตรวจภาพถ่ายสมองได้แก่ ภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เข้าได้กับสมองอักเสบ หรือการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองที่พบคลื่นชักหรือคลื่นสมองแบบช้า (slow wave) ที่สมองส่วน temporal lobe.		
	<input type="checkbox"/> 4.3 ตรวจพบเซลล์ในน้ำไขสันหลังมากกว่า 5 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมีระดับโปรตีนในน้ำไขสันหลังมากกว่า 45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

5. ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ ○ ○
- 5.1 การให้ยาในกลุ่ม steroid ปริมาณสูง หรือมีข้อห้ามในการใช้ยา
 - 5.2 การได้รับยา IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง แบ่งให้ 5 วัน
 - 5.3 การเปลี่ยนถ่ายเลือดและน้ำเหลือง (plasma exchange) 5 รอบการรักษา
 - 5.4 ไม่ตอบสนองต่อยากดภูมิชนิดอื่น (immunosuppressive drugs) ตามระยะเวลาการรักษาที่กำหนด อย่างน้อย 1 ชนิด หรือมีข้อห้ามในการใช้ยา

6. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้
- 1,000 มิลลิกรัม
 - 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร

หมายเหตุ แนะนำการให้ยา rituximab กรณีการใช้สำหรับ induction therapy ดังนี้

- 1) ให้ยา rituximab ในขนาด 1,000 มิลลิกรัม เป็นจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ หรือ
- 2) ให้ยา rituximab ในขนาด 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร สัปดาห์ละครั้ง เป็นจำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 1 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune encephalitis)

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง โดยเป็นการได้รับยาอีกครั้งในช่วง

เดือนที่ 6 หลังการได้รับยาครั้งแรก

เดือนที่ 12 หลังการได้รับยาครั้งแรก

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"/> 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. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาและจำเป็นต้องได้รับยา rituximab ต่อเนื่อง โดยมีผลประเมิน modified Rankin Scale (mRS) เท่ากับคะแนน วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราว ตั้งแต่วัน/เดือน/ปี...../...../..... เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> 5.1 กรณีจำเป็นต้องให้ยาในเดือนที่ 6 หรือ 12 ให้ใช้ในขนาด 1,000 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> 5.2 กรณีผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องให้ยาในเดือนที่ 6 หรือ 12 ให้เป็นไปตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้าน กุมารประสาทวิทยา ระบุ ขนาดยา มิลลิกรัม		

หมายเหตุ
แนะนำการให้ยา rituximab ในกรณีจำเป็นต้องได้ยาต่อภายหลัง induction therapy ในเดือนที่ 6 จำนวน 1 ครั้ง และ/หรือเดือนที่ 12 เพิ่มอีก 1 ครั้ง ในขนาด 1000 มิลลิกรัมต่อครั้ง ในผู้ใหญ่

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab
ข้อบ่งใช้ โรคเส้นประสาทอักเสบเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์
(Refractory chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)
(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. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <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. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ได้ ตามกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 2.1 การใช้ในกรณีสถานการณ์ขาดแคลนยา IVIG หรือ		
<input type="checkbox"/> 2.2 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่กำหนดได้ หรือ		
<input type="checkbox"/> 2.3 แพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้อำนวยการสถานพยาบาลเห็นสมควรใช้ยา rituximab		
3. ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CIDP associated with malignancy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค CIDP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /		
โดยมีลักษณะครบทุกข้อดังต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> 4.1 มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและ/หรือสูญเสียความรู้สึกเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ในระยะเวลามากกว่า 2 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.2 Tendon reflexes มีค่า 0 ถึง 1+		
<input type="checkbox"/> 4.3 พบลักษณะตาม electrodiagnostic criteria อย่างน้อย 1 ข้อ		
<input type="checkbox"/> 4.4 พบลักษณะทางคลินิกที่สนับสนุนการวินิจฉัย (supportive criteria) อย่างน้อย 1 ข้อ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาครั้งแรก

- | | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|---|-----|--------|
| 5. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย steroid ตามมาตรฐานแล้วไม่สามารถทำให้เกิดภาวะโรคสงบ (remission) หรือยังคงมีอาการกำเริบของโรค (relapse / recurrent) หรือมีอาการของโรคมากขึ้น (progression) ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ | ○ | ○ | ○ |
| <input type="checkbox"/> 5.1 ได้รับยาเป็นเวลา 1 เดือน และมี INCAT score ≥ 6 หรือ | | | |
| <input type="checkbox"/> 5.2 ได้รับยาเป็นเวลา 3 เดือน และมี INCAT score ≥ 2 | | | |
| <input type="checkbox"/> 5.3 ผู้ป่วยมีข้อห้าม หรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม steroids หรือยากดภูมิชนิดอื่น | | | |

หมายเหตุ รายละเอียด Inflammatory Neuropathy Cause and Treatment (INCAT) score ตามภาคผนวกแนบท้าย

6. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้
- 1,000 มิลลิกรัม/ครั้ง
- 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร

หมายเหตุ แนะนำการใช้ยา rituximab กรณีการใช้สำหรับ induction therapy ดังนี้

- 1) ให้ยา rituximab ในขนาด 1,000 มิลลิกรัม เป็นจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ หรือ
 - 2) ให้ยา rituximab ในขนาด 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร สัปดาห์ละครั้ง เป็นจำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 1 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab
ข้อบ่งใช้ โรคเส้นประสาทอักเสบเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์
(Refractory chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)
(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"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<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. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา โดยประเมินจาก INCAT score คงที่ หรือ ลดลงอย่างน้อย 1 คะแนน เมื่อเทียบกับ baseline ภายใน 6 เดือน (กรณี maintenance therapy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราว ตั้งแต่วัน/เดือน/ปี...../...../..... เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> 500 มิลลิกรัม <input type="checkbox"/> 1,000 มิลลิกรัม		
หมายเหตุ		
แนะนำการใช้ยา rituximab กรณีการใช้สำหรับ maintenance therapy คือ ให้ยา rituximab ในขนาด 500-1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน		

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรค autoimmune myositis ชนิด necrotizing autoimmune myopathy (NAM)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)

(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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ได้ ตามกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/>	2.1 การใช้ในกรณีสถานการณ์ขาดแคลนยา IVIG หรือ		
<input type="checkbox"/>	2.2 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา IVIG ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่กำหนดได้ หรือ		
<input type="checkbox"/>	2.3 แพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้อำนวยการสถานพยาบาลเห็นสมควรใช้ยา rituximab		
3.	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค necrotizing autoimmune myopathy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /			
โดยมีลักษณะครบทุกข้อดังต่อไปนี้			
<input type="checkbox"/>	3.1 อาการเข้าได้กับตัวโรค		
<input type="checkbox"/>	3.2 มีระดับ serum CK สูงกว่าปกติ โดยมีระดับ serum CK เท่ากับ units/L		
<input type="checkbox"/>	3.3 มีผลตรวจทางพยาธิวิทยาของกล้ามเนื้อหรือผลการตรวจแอนติบอดีที่เข้าได้กับโรค โดยสามารถตรวจสอบได้จากเวชระเบียน		
4.	ผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือมีข้อห้ามในการให้ high dose steroid และ/หรือยาในกลุ่มยากดภูมิชนิดอื่น (immunosuppressive drugs) และมีลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	4.1 ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาเมื่อได้รับยา high dose steroid หรือ IVIG แล้วไม่สามารถหยุดยาเครื่องช่วยหายใจหรือหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ภายใน 2 สัปดาห์หลังเริ่มยา		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

- 4.2 ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนลำบากต้องใส่สายยางให้อาหาร หรือมีอาการอ่อนแรงของแขนหรือขา โดยมี mRC grade น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 และไม่ตอบสนองต่อการรักษาเมื่อได้รับยา prednisolone ขนาดที่เหมาะสม และ/หรือ ยา immunosuppressive เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน แล้วอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่ดีขึ้น
- 4.3 ผู้ป่วยในข้อ 4.1 หรือ 4.2 ที่มีข้อห้ามในการใช้ยา prednisolone หรือยากดภูมิชนิดอื่น (immunosuppressive drugs)

5. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้

- 750 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร (ไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัม)
- 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร

หมายเหตุ แนะนำการให้ยา rituximab กรณีการใช้สำหรับ induction therapy ดังนี้

- 1) ให้ยา rituximab ในขนาด 750 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร แต่ไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัม ห่างกัน 2 สัปดาห์ หรือ
- 2) ให้ยา rituximab ในขนาด 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 1 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรค autoimmune myositis ชนิด necrotizing autoimmune myopathy (NAM)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง

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 ข้อมูลประกอบการขออนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาและจำเป็นต้องได้รับยา rituximab ต่อเนื่อง วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้ <input type="checkbox"/> อาการทางคลินิก โดยผู้ป่วยยังคงมีอาการอ่อนแรง <input type="checkbox"/> การประเมินโดยใช้ Medical Research Council (MRC) grade for Muscle Strength โดยมีผลการประเมิน MRC grade for Muscle Strength เท่ากับ..... <input type="checkbox"/> การตรวจวัดระดับ serum CK โดยมีระดับ serum CK เท่ากับ units/L	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราว ตั้งแต่วัน/เดือน/ปี...../...../..... เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะทางคลินิก ตามกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงแล้วและค่า serum CK กลับมาเป็นปกติ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ได้ประโยชน์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้นหลังได้รับยาในช่วง maintenance dose อย่างต่อเนื่อง 2 รอบการรักษา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาต่อเนื่อง

6. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้

- 500 มิลลิกรัม
 1,000 มิลลิกรัม
 มิลลิกรัม

หมายเหตุ

แนะนำการให้ยา rituximab กรณีการใช้สำหรับ maintenance therapy คือ ให้ยา rituximab ในขนาด 500-1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน

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

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin
 ชื่อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)
 (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. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN) วันเดือนปีที่วินิจฉัย / / โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 ลักษณะทางคลินิกหลัก (ต้องมีทั้ง 3 ข้อ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> A. อาการอ่อนแรงของแขนหรือขาแบบไม่สมมาตร (asymmetric limb weakness) โดยมีความผิดปกติของ motor nerve อย่างน้อย 2 เส้น		
<input type="checkbox"/> B. ไม่มีอาการสูญเสียความรู้สึก (no sensory loss) ยกเว้นเสียความรู้สึกต่อการสั่น แบบไม่รุนแรงที่เท้า (minor vibration sense abnormalities)		
<input type="checkbox"/> C. อาการอ่อนแรงเป็นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive) ในเวลาอย่างน้อย 1 เดือน		
2.2 Exclusion criteria (ต้องไม่มีทั้ง 3 ข้อ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> A. Upper motor neuron signs		
<input type="checkbox"/> B. Marked bulbar involvement		
<input type="checkbox"/> C. Diffuse symmetric weakness during the initial weeks		
2.3 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features เข้าได้กับ Definite motor conduction block โดยเป็นข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Definite motor CB		
<input type="checkbox"/> Probable motor CB		
<input type="checkbox"/> Probable motor CB with supportive criteria		
โดยระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันดังเอกสารแนบ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

6. ขนาดยา Induction IVIG ที่แนะนำ คือ
 IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์
 จำนวน 3 ครั้งแล้วประเมินการตอบสนอง
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา Induction IVIG เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... <input type="checkbox"/> Pre-treatment <input type="checkbox"/> Post treatmentweeks Date of the last IVIg.....							
Current medication <input type="checkbox"/> other drug Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle inversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle eversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
FDI			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
ADM			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
APB			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
FPL			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Deep tendon reflex	Rt	Lt					
Biceps			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Triceps			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Knee			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Ankle			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา intravenous human normal immunoglobulin
 ชื่อบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2566 (22 ก.ย. 66)
 (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"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ
9. วัตถุประสงค์การใช้ยาต่อเนื่อง	<input type="radio"/> Induction IVIG ครั้งที่ .../6	<input type="radio"/> Maintenance IVIG

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผลการประเมินตามช่วงเวลา		
<input type="checkbox"/> ช่วง Induction ประเมินเดือนที่ 3		
<input type="checkbox"/> ช่วง Maintenance ประเมินทุก 3 เดือน		
ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา IVIG (IVIG responder ตามแนวทางกำกับการใช้ยา) ใช่หรือไม่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โปรดระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันตั้งเอกสารแนบท้าย		
หมายเหตุ		
- IVIG responder หมายถึง ผู้ป่วยที่มี motor strength เท่าเดิมหรือดีขึ้น (MRC scale เท่าเดิมหรือดีขึ้น) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVIG โดยที่ไม่มี motor strength แยกใน muscle groups อื่นๆ		
- IVIg non-responder หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Motor strength แยก อย่างน้อย 2 mRC scale ใน 2 muscle groups หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVIG โดยในขณะที่ประเมินผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วย IVIG ขนาด 2 g/kg แบ่งให้ 2-5 วัน ทุก 4 สัปดาห์ ต่อเนื่อง 3 รอบการรักษา (12 สัปดาห์)		
3. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

4. ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ คือ

ช่วง Induction: IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 3 ครั้ง

ช่วง Maintenance: IVIG ขนาด 1-2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ทุก 4-12 สัปดาห์

5.. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 3 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

การตรวจร่างกาย muscle strength จำแนกตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

Date of examination..... <input type="checkbox"/> Pre-treatment <input type="checkbox"/> Post treatmentweeks Date of the last IVlg.....							
Current medication <input type="checkbox"/> other drug Dose.....							
Muscle group	MRC score		Note	Muscle group	MRC score		Note
	Rt	Lt			Rt	Lt	
Shoulder Abduction			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Hip extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Elbow extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Knee extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Wrist extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger extension			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle inversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
Finger flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Ankle eversion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
FDI			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe dorsiflexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
ADM			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening	Great toe plantar flexion			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening
APB			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
FPL			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Deep tendon reflex	Rt	Lt					
Biceps			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Triceps			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Brachioradialis			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Knee			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				
Ankle			<input type="checkbox"/> improved <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> worsening				

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib

ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

(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
1 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 แพทย์ผู้ทำการรักษาได้เสนอแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยรับทราบ และผู้ป่วยยินยอมที่จะทำ hematopoietic cell transplantation ในอนาคต	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ผู้ป่วยอายุไม่เกิน 70 ปี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ไม่พบโรคร่วมที่มีผลต่อสุขภาพและทำให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้นจากวิธีการรักษา multiple myeloma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 มี hematopoietic cell transplantation specific comorbidity index (HCT-CI) น้อยกว่า 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โปรดระบุผลประเมิน HCT-CI เท่ากับ		
6 ขนาดยา bortezomib ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม		
หมายเหตุ แนะนำขนาดยา bortezomib 1.3 mg/m ² /dose จำนวน 4 ครั้งใน 1 รอบ ในวันที่ 1, 4, 8, 11		
หรือให้เป็นสัปดาห์ละครั้ง ให้ยาทุก 3-4 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4-6 รอบ		
7 ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
	(อนุมัติให้ยา 120 วัน)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

.....

ว.....

ลงชื่อ

.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib

ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ในการใช้ยาครั้งที่ 2 3 4 5 6

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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือ เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา bortezomib ชนิดรุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาตามกำหนดการรักษา และยินยอมที่จะใช้ยา bortezomib	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยไม่ขาดการติดตามผลการรักษามากกว่า 3 เดือน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา		
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		

ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

การประเมินผล	ผลการประเมิน	Baseline วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน/...../.....
<input type="radio"/> bone marrow aspiration/ biopsy		
<input type="radio"/> qualitative and quantitative M-proteins level		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

<input type="radio"/> อื่น ๆ โปรด (ระบุ)		
--	--	--

6. สรุปผลการประเมินรักษา
- ดีกว่า partial response (>90%)
 - partial response (50-90%)
 - stable disease or progressive disease (≤50%)
7. ผู้ป่วยสามารถจะทำ hematopoietic cell transplantation
8. ผลการรักษาหลังรอบที่ 3-4 ได้ผลไม่น้อยกว่า partial response
9. ผู้ป่วยได้รับการรักษายังไม่ครบ 6 รอบ
10. ข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับแผนการทำ hematopoietic cell transplantation
- ยังมีแผนการทำ hematopoietic cell transplantation และผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการทำให้ hematopoietic cell transplantation
- และรอการทำ hematopoietic cell transplantation ภายใน เดือน ปี 25.....
11. ขนาดยา bortezomib ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม
- หมายเหตุ แนะนำขนาดยา bortezomib 1.3 mg/m²/dose จำนวน 4 ครั้งใน 1 รอบ ในวันที่ 1, 4, 8, 11 หรือให้เป็นสัปดาห์ละครั้ง ให้ยาทุก 3-4 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4-6 รอบ
12. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....
- (อนุมัติให้ยาทุก 90 วัน จนกว่าจะครบ 6 รอบ)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา carglumic acid

- เจ็อนไซ 1. สำหรับผู้ป่วย N-acetylglutamate synthase (NAGS) deficiency ที่มีภาวะ acute hyperammonemia
 2. สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ acute hyperammonemia crisis ที่สงสัยว่าเป็น organic acidemia

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

(รายละเอียดการให้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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
 สวัสดิการข้าราชการ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผู้ป่วยภาวะ acute hyperammonemia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| โดยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ | | |
| <input type="checkbox"/> กรณีเจ็อนไซภาวะ acute hyperammonemia ในผู้ป่วย NAGS deficiency (ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ครบทุกข้อ) | | |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่สงสัยกลุ่มโรค urea cycle disorders และยังมีโอกาสเป็นโรค NAGS deficiency | | |
| <input type="checkbox"/> ผล plasma/serum ammonia level >250 µmol/L | | |
| โปรด (ระบุ) ผล plasma/serum ammonia level เท่ากับ µmol/L | | |
| <input type="checkbox"/> กรณีเจ็อนไซภาวะ acute hyperammonemia crisis ที่สงสัยว่าเป็น organic acidemia (ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ครบทุกข้อ) | | |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่สงสัยกลุ่มโรค organic acidemia ชนิด PA และ MMA | | |
| <input type="checkbox"/> ผล plasma/serum ammonia level >250 µmol/L | | |
| โปรด (ระบุ) ผล plasma/serum ammonia level เท่ากับ µmol/L | | |
| 3. ขนาดยา carglumic acid ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งต่อวัน (..... มก./กก./วัน) | | |
| หมายเหตุ แนะนำให้ใช้ยา carglumic acid ขนาด 100-250 มก./กก./วัน แบ่งรับประทาน 2-4 ครั้งต่อวัน | | |
| 4. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... | | |
| (อนุมัติให้ใช้เป็นเวลาต่อเนื่องกันไม่เกิน 7 วัน/ครั้งที่มีการขออนุมัติใช้ยา) | | |

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

- อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ใช่ ไม่ใช่

ว.....

ว.....

แบบฟอร์ม จ (2) carglumic acid
 เจ็อนไซ NAGS deficiency
 ใน chronic hyperammonemia **ครั้งแรก**

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา carglumic acid

เจ็อนไซ สำหรับผู้ป่วย N-acetylglutamate synthase (NAGS) deficiency

ที่มีภาวะ maintenance for chronic hyperammonemia

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

(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"/> <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 กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ / /

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยภาวะ maintenance for chronic hyperammonemia	วันเดือนปีที่วินิจฉัย / /	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โดยเป็นไปตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ ครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้			
<input type="checkbox"/>	ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรค NAGS deficiency ด้วยการตรวจหาการกลายพันธุ์ของยีน NAGS หรือตรวจวัดระดับ liver NAGS enzyme activity		
<input type="checkbox"/>	ได้รับการรักษาด้วย ammonia scavenger agents แล้วระดับ plasma/serum ammonia level ยังคง >80 µmol/L โปรด (ระบุ) ผล plasma/serum ammonia level เท่ากับ µmol/L		
3. ขนาดยา carglumic acid ที่ขออนุมัติใช้	มิลลิกรัม รับประทาน	ครั้งต่อวัน (..... มก./กก./วัน)	
หมายเหตุ แนะนำให้ใช้ยา carglumic acid ขนาด 10-100 มก./กก./วัน แบ่งรับประทาน 2-4 ครั้งต่อวัน			
4. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....	ถึง/...../.....		
(อนุมัติให้ใช้ยาไม่เกิน 6-12 เดือน)			

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา carginic acid
 ึ่งือนไข สำหรับผู้ป่วย N-acetylglutamate synthase (NAGS) deficiency
 ที่มีภาวะ maintenance for chronic hyperammonemia

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

(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"/> 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. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้		
<input type="checkbox"/> ระดับ plasma/serum ammonia level ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติตามช่วงอายุ		
โปรด (ระบุ) ผล plasma/serum ammonia level เท่ากับ µmol/L		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ		
3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยา ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจนไม่สามารถใช้ยาต่อได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาตามกำหนดการรักษา หรือยินยอมที่จะใช้ยา carginic acid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยไม่ขาดการติดตามผลการรักษา โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ขนาดยา carginic acid ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งต่อวัน (..... มก./กก./วัน)		
หมายเหตุ แนะนำใช้ยา carginic acid ขนาด 10-100 มก./กก./วัน แบ่งรับประทาน 2-4 ครั้งต่อวัน		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
	(อนุมัติให้ใช้ยาไม่เกิน 6-12 เดือน)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา trastuzumab

เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

(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
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
3. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดด้วยวิธี curative breast surgery		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่ผ่าตัด / / โดยเป็นการผ่าตัดด้วยวิธี			
<input type="checkbox"/> modified radical mastectomy (MRM)			
<input type="checkbox"/> breast conserved			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ			
4. ระยะของโรค			
T stage <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
N stage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
M stage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
หมายเหตุ			
1. กรณีที่โรคมมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN1-3 ยกเว้น supraclavicular node positive) และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็นแบบใดก็ได้			
2. กรณีที่โรคไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) แต่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมมากกว่า 2 ซม. และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็น ER/PR negative			
5. โปรดระบุผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ดังนี้	วันเดือนปีที่ตรวจ / /		
- Result; <input type="checkbox"/> infiltrating ductal carcinoma <input type="checkbox"/> mucinous <input type="checkbox"/> others (specify)			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

- Number positive node/ resected nodes; sentinel/..... axillary/.....
- Tumor sizes cm.
- ER; negative positive
- PR; negative positive
- HER2/neu (IHC); negative (0-1+) equivocal 2+ positive 3+
- HER2/neu (ISH) (เฉพาะกรณี IHC 2+); FISH+ DISH+ other

6. มีการประเมินระยะของโรคว่าไม่มีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น (M0)

โปรดระบุผลการตรวจ ดังนี้

- 8.1 CXR; วันเดือนปีที่ตรวจ / / , normal abnormal.....
- 8.2 Ultrasound liver; วันเดือนปีที่ตรวจ / / , normal abnormal.....
- 8.3 Bone scan; วันเดือนปีที่ตรวจ / / , normal abnormal.....
- 8.4 อื่น ๆ โปรดระบุ วันเดือนปีที่ตรวจ / / , normal abnormal.....

1. มีผลการตรวจการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ วันเดือนปีที่ตรวจ / / ○ ○

- 7.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ
- 7.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ

2. แผนการให้รังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด มีดังนี้

- มีแผนการให้รังสีรักษา วันที่ / / ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รังสีรักษาแล้ว ว่าไม่จำเป็น

3. สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา

- AC_Paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ AC_Paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์ other regimen ระบุ

4. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

หมายเหตุ กรณีที่โรคไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) แต่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมมากกว่า 2 ซม. ให้ใช้ยา trastuzumab ได้ 9 cycle

(ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา trastuzumab

เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

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"/> <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. ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
3. ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
ยืนยันด้วยผลการประเมินการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		
<input type="checkbox"/> 3.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ		
<input type="checkbox"/> 3.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ		
4. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1 กรณีผู้ป่วยที่โรคมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node positive) ได้รับยา trastuzumab ครบ 18 ครั้ง		
ภายในเวลาไม่เกิน 14 เดือน		
4.2 กรณีผู้ป่วยที่ยังไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node negative) ได้รับยา trastuzumab ครบ 9 ครั้ง		
ภายในเวลาไม่เกิน 7 เดือน		
4.3 ผู้ป่วยขาดการติดต่อ		

4.4 มีอาการแสดงของภาวะ congestive heart failure

4.5 มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF <50%)

4.6 ต้องหยุดยานานเกิน 8 สัปดาห์

5. สรุปผลประเมินสถานะโรคมะเร็งเต้านมของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ /..... /.....

disease free relapsed disease วันที่ /..... /.....

6. ผู้ป่วยได้รับยา trastuzumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที่ /..... /.....

การให้ยาค้างนี้ เป็นครั้งที่

7. ขนาดยา trastuzumab ที่ขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง mg

8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

(ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน)

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา activated prothrombin complex concentrate (APCC)

ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มี high-titer inhibitor

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2566 (27 ก.ค. 66)

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Hemophilia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Hemophilia A		<input type="checkbox"/> Hemophilia B
3. ผลการตรวจ coagulation factor inhibitor \geq 5 Bethesda units	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้ โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> เลือดออกรุนแรงจนมีความดันโลหิตตก หรือ ชีพจรเร็ว หรือ ต้องได้รับเม็ดเลือดแดง		
<input type="checkbox"/> เลือดออกในสมอง หรือ ไขสันหลัง		
<input type="checkbox"/> เลือดออกที่อาจอุดตันทางเดินหายใจ		
<input type="checkbox"/> เลือดออกในช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง หรือ retroperitonium		
<input type="checkbox"/> 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

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

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

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2566 (27 ก.ค. 66)
(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. 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
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 ² /day และขนาดสูงสุดไม่เกิน 1 mg/m ² /day		
	(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

2.....

2.....