

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคมัยแอสติเนียเกรวิสที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ (severe myasthenia gravis)

(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

		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	ใช่	ไม่ใช่
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 เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

อนุมัติให้ยาไม่เกิน 1 เดือน

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคมัยแอสติเนียเกรวิสที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ (severe myasthenia gravis)

(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...../...../..... 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		
แนะนำการใช้ยา rituximab กรณีการใช้สำหรับ maintenance therapy คือ ให้ยา rituximab ในขนาด 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

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

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 6 เดือน)

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune encephalitis)

(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 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.	มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันอย่างใดอย่างหนึ่ง 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 การให้ยาในกลุ่ม steroid ปริมาณสูง หรือมีข้อห้ามในการใช้ยา		
<input type="checkbox"/> 5.2 การได้รับยา IVIG ขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง แบ่งให้ 5 วัน		
<input type="checkbox"/> 5.3 การเปลี่ยนถ่ายเลือดและน้ำเหลือง (plasma exchange) 5 รอบการรักษา		
<input type="checkbox"/> 5.4 ไม่ตอบสนองต่อยากดภูมิชนิดอื่น (immunosuppressive drugs) ตามระยะเวลาการรักษาที่กำหนด อย่างน้อย 1 ชนิด หรือมีข้อห้ามในการใช้ยา		
6. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้		
<input type="checkbox"/> 1,000 มิลลิกรัม		
<input type="checkbox"/> 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
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune encephalitis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง โดยเป็นการได้รับยาอีกครั้ง เดือนที่ 6 หลังการได้รับยาครั้งแรก

ในช่วง 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"/> อื่น ๆ
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาและจำเป็นต้องได้รับยา rituximab ต่อเนื่อง โดยมีผลประเมิน modified Rankin Scale (mRS) เท่ากับคะแนน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ตั้งแต่วัน/เดือน/ปี...../...../..... เนื่องจาก		
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....		
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 ให้เป็นไปตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านกุมารประสาทวิทยา ระบุ ขนาดยา มิลลิกรัม		

หมายเหตุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

แนะนำการใช้ยา 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)

(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.	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		
5.	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย steroid ตามมาตรฐานแล้วไม่สามารถทำให้เกิดภาวะโรคสงบ (remission) หรือยังคงมีอาการกำเริบของโรค (relapse / recurrent) หรือมีอาการของโรคมากขึ้น (progression) ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

- 5.1 ได้รับยาเป็นเวลา 1 เดือน และมี INCAT score ≥ 6 หรือ
- 5.2 ได้รับยาเป็นเวลา 3 เดือน และมี INCAT score ≥ 2
- 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)

(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			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

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)

(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="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

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab

ข้อบ่งใช้ โรค autoimmune myositis ชนิด necrotizing autoimmune myopathy (NAM)

(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"/> 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. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาและจำเป็นต้องได้รับยา rituximab ต่อเนื่อง วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<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		
3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราว ตั้งแต่วัน/เดือน/ปี...../...../..... เนื่องจาก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร		
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....		
5. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะทางคลินิก ตามกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงแล้วและค่า serum CK กลับมาเป็นปกติ		
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ได้ประโยชน์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้นหลังได้รับยาในช่วง maintenance dose อย่างต่อเนื่อง 2 รอบการรักษา		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

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 เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... 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)

(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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โดยเป็นข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
<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

ขอบ่งใช้ โรค Multifocal motor neuropathy with conduction block (MMN)

(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"/>
โปรดระบุผลการตรวจร่างกายปัจจุบันดังเอกสารแนบท้าย		
หมายเหตุ		
- IVIG responder หมายถึง ผู้ป่วยที่มี motor strength เท่าเดิมหรือดีขึ้น (MRC scale เท่าเดิมหรือดีขึ้น) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาด้วย IVIG โดยที่ไม่มี motor strength แ่ลงใน muscle groups อื่นๆ		
- IVIg non-responder หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Motor strength แ่ลง 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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

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 เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... 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				

แบบฟอร์ม จ(2)
bortezomib ครั้งแรก

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib

ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

(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 ให้อาทุก 3-4 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4-6 รอบ		
7 ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
	(อนุมัติให้ยา 120 วัน)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์ม จ(2)
bortezomib ต่อเนื่อง

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib

ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ในการใช้ยาครั้งที่ 2 3 4 5 6

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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ใช่ ไม่ใช่

2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือ เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา bortezomib ชนิดรุนแรง ใช่ ไม่ใช่

3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาตามกำหนดการรักษา และยินยอมที่จะใช้ยา bortezomib ใช่ ไม่ใช่

4. ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยไม่ขาดการติดตามผลการรักษามากกว่า 3 เดือน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร ใช่ ไม่ใช่

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

6. สรุปผลการประเมินรักษา

ดีกว่า partial response (>90%)

partial response (50-90%)

stable disease or progressive disease (≤50%)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
7. ผู้ป่วยสามารถจะทำ hematopoietic cell transplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ผลการรักษาหลังรอบที่ 3-4 ได้ผลไม่น้อยกว่า partial response	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ผู้ป่วยได้รับการรักษายังไม่ครบ 6 รอบ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับแผนการทำ hematopoietic cell transplantation		
<input type="radio"/> ยังมีแผนการทำ hematopoietic cell transplantation และผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการทำให้ hematopoietic cell transplantation และรอการทำ hematopoietic cell transplantation ภายใน เดือน ปี 25.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 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		
12. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
	(อนุมัติให้ยาทุก 90 วัน จนกว่าจะครบ 6 รอบ)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา carginic acid

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

(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. 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. 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 carginic acid ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งต่อวัน (..... มก./กก./วัน)		
หมายเหตุ แนะนำใช้ยา carginic 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

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

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

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

(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. ผู้ป่วยภาวะ maintenance for chronic hyperammonemia	<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 แนะนำให้ยา carglumic acid ขนาด 10-100 มก./กก./วัน แบ่งรับประทาน 2-4 ครั้งต่อวัน		
4. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
(อนุมัติให้ใช้ยาไม่เกิน 6-12 เดือน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
 (.....)
 ๖.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ๖.....

แบบฟอร์ม จ (2) carglumic acid
 เงื่อนไข NAGS deficiency ใน
 chronic hyperammonemia **ต่อเนื่อง**

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

(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

	ใช้	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			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

5. โปรตระบุผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ดังนี้ วันเดือนปีที่ตรวจ / /
- Result; infiltrating ductal carcinoma mucinous others (specify)
 - 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)

โปรตระบุผลการตรวจ 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 โปรตระบุ วันเดือนปีที่ตรวจ / / , normal abnormal.....

1. มีผลการตรวจการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ วันเดือนปีที่ตรวจ / / ○ ○

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

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

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา trastuzumab

เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

(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"/>		
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 กรณีผู้ป่วยที่โรคมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (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. สรุปผลประเมินสถานะโรคมาเร็งไต๋นัฒนของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที /..... /.....
 disease free relapsed disease วันที /..... /.....
6. ผู้ป่วยได้รับยา trastuzumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที /..... /.....
การให้ยาครั้งนี้ เป็นครั้งที่
7. ขนาดยา trastuzumab ทีขออนุมัติใช้ต่อเนือง mg
8. ระยะเวลาทีขอใช้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา activated prothrombin complex concentrate (APCC)

ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มี high-titer inhibitor

(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. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Hemophilia <input type="checkbox"/> Hemophilia A <input type="checkbox"/> Hemophilia B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="checkbox"/> เลือดออกรุนแรงจนมี ความดันโลหิตตก หรือ ชีพจรเร็ว หรือ ต้องได้รับเม็ดยาเลือดแดง <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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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

(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 ² /day และขนาดสูงสุดไม่เกิน 1 mg/m ² /day		
	(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....