**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Lacosamide**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Lacosamide**

**ข้อบ่งใช้ ภาวะ refractory status epilepticus ที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชักพื้นฐานอย่างน้อย 3 ชนิด**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ......... ./........../..............  | 7. อายุ...........ปี.............เดือน |
| 8. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ  |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา**  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะ heart block และ long QT  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ status epilepticusวันเดือนปีที่วินิจฉัย ........../........../.........โดยที่มีอาการหรือผลการตรวจเพิ่มเติมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้  | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 3.1 มี generalized tonic-clonic seizure ระยะเวลานานกว่า 5 นาที |  |  |
| ❑ | 3.2 มี focal seizure with impaired awareness ระยะเวลานานกว่า 10 นาที |  |  |
| ❑ | 3.3 หากมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ควรพบ EEG seizure pattern ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการชัก |  |  |
| 4 | ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่ม Benzodiazepine โปรดระบุ...............................................................ตามด้วยยากันชักพื้นฐานอย่างน้อย 2 ชนิด โปรดระบุ (1). ...................................... (2). ...................................... | 🔾 | 🔾 |
| 5. | ขนาดยา Lacosamide ที่ขออนุมัติใช้ คือ .......................มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 15-30 นาที ตามด้วยขนาด .................................... มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งให้วันละสองครั้ง | 🔾 | 🔾 |
|  | **หมายเหตุ** แนวทางกำกับการใช้ยากำหนดให้ใช้ในขนาดยา 5-10 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 200-400 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 15-30 นาที ตามด้วยขนาด 200-600 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งให้วันละสองครั้ง |
| 6. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(อนุมัติให้ใช้ยาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน) |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Infliximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Infliximab CD ครั้งแรก ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรคโครห์น (Crohn’s disease) ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ  |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Crohn’s disease มีเกณฑ์ครบทุกข้อดังนี้❑ มีอาการเข้าได้กับโรค Crohn’s disease หรือมีอาการทางลำไส้อักเสบเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวดท้อง ถ่ายเหลว หรือถ่ายเป็นเลือด ❑ มีแผลในลำไส้ และมีผลทางพยาธิที่เข้าได้กับโรค Crohn’s disease❑ มีการตรวจค้นเพื่อแยกโรคสาเหตุอื่น ๆ เช่น วัณโรค โรคติดเชื้อในลำไส้ โรคลำไส้อื่นๆ  | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ผู้ป่วยเกณฑ์เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ | 🔾 | 🔾 |
|  | 3.1 มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ ลำไส้ทะลุ ลำไส้ตีบ หรือ fistula  | 🔾 | 🔾 |
|  | 3.2 มีภาวะการอักเสบระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีเกณฑ์ครบทุกข้อ  |  |  |
|  | 3.2.1 ค่า Activity score (CDAI) ≥ 220 คะแนน หรือ ค่า Pediatric Crohn’s Disease Activity Index (PCDAI) score > 30 คะแนน  ระบุค่า CDAI เริ่มต้น =………… วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน......./......./..... ค่า CDAI ปัจจุบัน =…………  ค่า PCDAI เริ่มต้น =………… วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน......./......./..... ค่า PCDAI ปัจจุบัน =…………  | 🔾 | 🔾 |
|  | 3.2.2 ได้รับการรักษาด้วย steroid ร่วมกับ immunomodulators แล้ว และไม่ตอบสนองต่อการ  รักษาตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ | 🔾 | 🔾 |
|  | 🔾 มีอาการอักเสบหลังจากได้ Prednisolone อย่างน้อย 0.75 มก./กก./วัน (1 มก./กก./วัน ในเด็ก) หรือเทียบเท่า มานานกว่า 4 สัปดาห์ (steroids refractory disease) โดยค่า CDAI ลดลงน้อยกว่า 100 คะแนน ในผู้ใหญ่ หรือค่า PCDAI ลดลงน้อยกว่า 12.5 คะแนน ในเด็ก  |  |  |
|  | 🔾 มีอาการอักเสบที่ไม่สามารถลด Prednisolone ให้ต่ำกว่า 10 มก./วัน หรือ 0.25 มก./กก./วัน (ในเด็ก) หรือเทียบเท่า แม้ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมร่วมด้วยอย่างน้อย 3 เดือน(steroid dependent disease) |  |  |
|  | 🔾 มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ คือ ค่า CDAI มากกว่า 150 คะแนน หรือ เพิ่มขึ้นกว่าเดิมมากกว่า 100 คะแนน ในผู้ใหญ่ หรือค่า PCDAI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ในเด็ก ทั้ง ๆ ที่ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสม อย่างน้อย 3 เดือน หรือมีระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ (immunomodulators non-response disease) |  |  |
|  | 🔾 intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อการเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน (height for age) |  |  |
| 4. | ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา | 🔾 | 🔾 |
| 5.6. | ขนาดยา Infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ................... มิลลิกรัม (............ มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน) |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

 **แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Infliximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Infliximab CD ต่อเนื่อง ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรคโครห์น (Crohn’s disease) ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ ............**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Infliximab | 🔾 | 🔾 |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาดังนี้ (โปรดบันทึกข้อมูลในข้อ 3.1-3.4)  |  |  |
|  | ❑❑ | 3.1 ผู้ใหญ่ ค่า CDAI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 คะแนนหรือลดลงมากกว่า 100 คะแนนจากก่อนการรักษา3.2 เด็ก ค่า PCDAI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนนหรือลดลงมากกว่า 12.5 คะแนนจากก่อนการรักษา  |  |
| 4. | ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา | 🔾 | 🔾 |
| 5. | ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยาInfliximab ชั่วคราวตั้งแต่วัน/เดือน/ปี........../........../......... เนื่องจาก | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ | ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร |
|  | ❑ | ติดเชื้อรุนแรง |
|  | ❑ | อื่น ๆ ระบุ….........................................................................…… |
| 6. | สรุปผลการประเมินการรักษา  |  |  |
|  | ❑ partial response ❑ complete remission  |
| 7. | ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Infliximab  | 🔾 | 🔾 |
| 8. | ขนาดยา Infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ................... มิลลิกรัม (............ มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาทุก 8 สัปดาห์ |
|  | **หมายเหตุ**1. กรณีเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไปและผู้ใหญ่ สามารถใช้ยาครั้งแรกได้นานสูงสุด 2 ปี โดยกรณีผู้ป่วยมีอาการกลับมาเป็นซ้ำ หลังจากหยุดยา Infliximab เป็นระยะเวลา 1-2 ปี สามารถให้ยา Infliximab อีกครั้งได้ เป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี
2. กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี สามารถใช้ยาจนอายุครบ 6 ปี จากนั้นใช้ตามหมายเหตุข้อ 1)
 |  |  |
| 9. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน) |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Infliximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Infliximab UC ในเด็ก ครั้งแรก ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค ulcerative colitis ในเด็กที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ  |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี | 🔾 | 🔾 |
|  | มีอาการและลักษณะการส่องกล้องและพยาธิวิทยาที่เข้าได้กับโรค ulcerative colitis  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงมากโดยมี Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) score มากกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนนระบุค่า PUCAI เริ่มต้น =………… วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน......./......./..... ค่า PUCAI ปัจจุบัน =…………  | 🔾 | 🔾 |
| 5 | ผู้ป่วยต้องเคยใช้และไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| 🔾 | ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ corticosteroids หรือ steroids-refractory disease มี PUCAI score ลดลง น้อยกว่า 20 คะแนน หลังจากได้รับยา aminosalicylates (5-ASA) ขนาดเต็มที่ ร่วมกับได้รับยา prednisolone ขนาดยาอย่างน้อย 1 มก./กก./วัน (สูงสุด 60 มก./กก.) หรือเทียบเท่ามานานกว่า 4 สัปดาห์ |  |  |
| 🔾 | ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายา corticosteroids (steroid dependent disease) หรือไม่สามารถลดขนาดยา prednisolone ให้ต่ำกว่า 0.25 มก./กก./วัน หรือเทียบเท่าแม้ได้รับยา aminosalicylates ขนาดเต็มที่ ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน |  |  |
| 🔾 | immunomodulators non-response disease ได้แก่ มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ คือ ค่า PUCAI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน แม้ได้รับยา aminosalicylates ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน  |  |  |
| 🔾 | intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อการเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน (height for age)  |  |  |
| 6. | ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา | 🔾 | 🔾 |
| 7.8. | ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ................... มิลลิกรัม (............ มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน) |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Infliximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Infliximab UC ในเด็ก ต่อเนื่อง ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค ulcerative colitis ในเด็กที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ ............**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา infliximab | 🔾 | 🔾 |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาดังนี้  |  |  |
|  | ❑ | ค่า PUCAI น้อยกว่า 10 คะแนน หรือลดลงมากกว่า 20 คะแนนจากก่อนรักษา |  |
| 3. | ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา | 🔾 | 🔾 |
| 4. | ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาต่อด้วยยา infliximab❑ maintain remission❑ อื่น ๆ ระบุ ......................................................... | 🔾 | 🔾 |
| 5. | ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา infliximab  | 🔾 | 🔾 |
| 6. | ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ................... มิลลิกรัม (............ มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาทุก ........... สัปดาห์ |
| 7. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน) |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................**  |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Infliximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Infliximab UC ในผู้ใหญ่ ครั้งแรก ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค ulcerative colitis ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ  |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ulcerative colitis ตามเกณฑ์ครบทุกข้อดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| 🔾 | 2.1 มีอาการเข้าได้กับโรค ulcerative colitis หรือมีอาการลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ได้แก่ ถ่ายเหลว หรือถ่ายเป็นเลือด |  |  |
| 🔾 | 2.2 มีผลการส่องกล้องพบลำไส้ใหญ่อักเสบและมีผลทางพยาธิที่เข้าได้กับโรค ulcerative colitis |  |  |
| 🔾 | 2.3 มีการตรวจค้นเพื่อแยกโรคสาเหตุอื่น ๆ เช่น โรคติดเชื้อในลำไส้ โรคลำไส้อื่น ๆ |  |  |
|  | ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงมากโดยมี Mayo score มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน | 🔾 | 🔾 |
| 4. | ผู้ป่วยต้องเคยใช้และไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน ได้แก่ corticosteroids, aminosalicylates และ immunomodulators โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะ ตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| 🔾 | 4.1 steroids-refractory disease ได้แก่ อาการอักเสบหลังจากได้ Prednisolone อย่างน้อย 0.75 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน มานานกว่า 4 สัปดาห์ ร่วมกับได้รับยา aminosalicylates ขนาดเต็มที่ โดยค่า Mayo score ลดลงน้อยกว่า 3 คะแนน หรือคะแนนลดลงน้อยกว่าร้อยละ 30 ของคะแนนเริ่มต้น |  |  |
| 🔾 | 4.2 steroid dependent disease ได้แก่ อาการลำไส้อักเสบที่ไม่สามารถลด Prednisolone ให้ต่ำกว่า 10 มิลลิกรัม/วัน แม้ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมร่วมด้วยอย่างน้อย 3 เดือน |  |  |
| 🔾 | 4.3 immunomodulators non-response disease ได้แก่ มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ Mayo score มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ทั้ง ๆ ที่ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน  |  |  |
| 🔾 | 4.4 intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ |  |  |
| 5. | ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา | 🔾 | 🔾 |
| 6.7. | ขนาดยา Infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ................... มิลลิกรัม (............ มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน) |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Infliximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Infliximab UC ในผู้ใหญ่ ต่อเนื่อง ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค ulcerative colitis ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ ............**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Infliximab | 🔾 | 🔾 |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาดังนี้  |  |  |
|  | ❑ | ค่า Mayo score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน |  |
|  | ❑ | ค่า Mayo score ลดลงมากกว่า 3 คะแนน |  |
|  | ❑ | ค่า Mayo score คะแนนลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ของคะแนนเริ่มต้น |  |
| 3. | ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา | 🔾 | 🔾 |
| 4. | ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาต่อด้วยยา Infliximab❑ maintain remission❑ อื่น ๆ ระบุ ......................................................... | 🔾 | 🔾 |
| 5. | ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา Infliximab  | 🔾 | 🔾 |
| 6. | ขนาดยา Infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ................... มิลลิกรัม (............ มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาทุก ........... สัปดาห์ |
| 7. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน) |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................**  |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**rituximab FCL ครั้งแรก**

**ข้อบ่งใช้ non-Hodgkin lymphoma ชนิด advanced follicular lymphoma**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Follicular lymphoma วันเดือนปีที่วินิจฉัย ...... / ...... / ......โดยตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง หรือทุกข้อ ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 2.1 | histologic morphology จากการตรวจชิ้นเนื้อของต่อมน้ำเหลืองและตรวจพบ CD-20 positive  |  |  |
| ❑ | 2.2 | cell surface marker analysis by flow cytometry และตรวจพบ CD-20 positive |  |  |
| 3. | ผู้ป่วยต้องอยู่ในระยะ II - IV ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 3.1 | B-symptom ได้แก่ ไข้โดยที่ไม่ทราบสาเหตุ เหงื่อออกกลางคืน หรือน้ำหนักลดมากกว่า 10% ใน 6 เดือน |  |  |
| ❑ | 3.2 | ขนาดของก้อนใดก้อนหนึ่งมากกว่า 7.5 ซม. หรือมีตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 3 ตำแหน่งและแต่ละตำแหน่งโตมากกว่า 3 ซม. |  |  |
| ❑ | 3.3 | ขนาดของม้ามโตมากกว่า 6 ซม. จากชายโครงซ้าย มีอาการจากเม็ดเลือดถูกทำลายที่ม้าม (hypersplenism) หรือมีอาการปวดม้าม |  |  |
| ❑ | 3.4 | การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่เสื่อมถอยลงที่เกิดจากการกดเบียดหรือทับของก้อนต่อมน้ำเหลืองต่ออวัยวะสำคัญ การพบสารน้ำในซ่องเยื่อหุ้มปอด หรือเยื่อหุ้มหัวใจ หรือช่องท้อง |  |  |
| ❑ | 3.5 | มีจำนวนเม็ดเลือดลดน้อยลง เนื่องจากการมีเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองเข้าไปในไขกระดูก |  |  |
| ❑ | 3.6 | การมีเซลล์มะเร็งในเลือด >5,000/mm3 |  |  |
| ❑ | 3.7 | มี Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) หรือ Immune Thrombocytopenia (ITP)ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา corticosteroid |  |  |
| 4. | ใช้ยาร่วมกับยาเคมีบำบัด ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 4.1 | ใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตร R-CVP X 6-8 cycles |  |  |
| ❑ | 4.2 | ใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตร R-CHOP X 6-8 cycles |  |  |
| 5. | ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ ..................... มิลลิกรัม เป็นการใช้ยา rituximab รอบที่ ...................ของการรักษา**หมายเหตุ**ขนาดยา rituximab ที่แนะนำคือ 375 mg/m2 ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ไม่เกิน 8 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3-4 สัปดาห์ |  |  |
| 6. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................ |  |  |
|  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ......../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**rituximab FCL**

**กรณีใช้ยายังไม่ครบคอร์สการรักษา**

**ข้อบ่งใช้ non-Hodgkin lymphoma ชนิด advanced follicular lymphoma**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อ (กรณีใช้ยายังไม่ครบคอร์สการรักษา 6-8 รอบ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องวัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ | ตรวจประเมินการตอบสนองด้วยการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน |
|  | ❑ | ตรวจติดตามด้วยภาพรังสี (radiologic imaging) ซ้ำ ในบริเวณที่เคยตรวจพบรอยโรค (หลังได้รับยาไปแล้ว 3-4 รอบของการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา) |
|  | ❑ | กรณีตรวจพบรอยโรคในไขกระดูกตั้งแต่เริ่มต้น ให้ตรวจ bone marrow aspiration/biopsy ซ้ำ (เมื่อสิ้นสุดการรักษา) |
| 3. | สรุปผลการประเมินการรักษา |  |  |
|  | 🔾 stable disease  | 🔾 progressive disease |  |  |
| 4. | ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ ................. มิลลิกรัม เป็นการใช้ยา rituximab รอบที่ ..................ของการรักษา**หมายเหตุ** ขนาดยา rituximab ที่แนะนำคือ 375 mg/m2 ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ไม่เกิน 8 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3-4 สัปดาห์ |  |  |
| 5. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................ |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Rituximab**

**แบบฟอร์ม จ(2) ครั้งแรก**

**Rituximab\_BL ในเด็ก**

**ข้อบ่งใช้ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง non Hodgkin lymphoma ชนิด Burkitt lymphoma**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก** (อนุมัติให****ใชจนถึง **consolidation phase** ครั้งที่ 1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยต้องมีอายุไม่เกิน 18 ปี | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Burkitt lymphomaวันเดือนปีที่วินิจฉัย ...... / ...... / ......โดยตรวจพบผลการวินิจฉัยครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 3.1 | มีผลทางพยาธิระบุเป็น Burkitt lymphoma และ |  |  |
| ❑ | 3.2 | ตรวจพบ CD-20 positive โดยวิธี Immunohistochemistry |  |  |
| 4. | ผู้ป่วยต้องอยู่ในกลุ่มโรค B cell lymphoma ที่จัดเป็น standard risk หรือ high risk ตามเกณฑ์ของ ThaiPOG โดยยืนยันด้วยการตรวจร่างกายทางคลินิก การตรวจทางภาพรังสีวินิจฉัย (imaging study) ของช่องอกและช่องท้อง เช่น ultrasound หรือ CT scan เป็นต้น และการตรวจไขกระดูก (bone marrow aspiration/biopsy) | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 4.1 | standard risk  |  |  |
| ❑ | 4.2 | high risk  |  |  |
| 5. | ผู้ป่วยมีลักษณะเป็นดังข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 5.1 | ผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาก่อน |  |  |
| ❑ | 5.2 | ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคโดยไม่เคยได้รับยา rituximab มาก่อน |  |  |
| 6. | ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ ................. มิลลิกรัม**หมายเหตุ** ให้ร่วมกับยาเคมีบำบัดตาม Protocol ThaiPOG Mature B cell lymphoma |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ......../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab**

**แบบฟอร์ม จ(2) ต่อเนื่อง**

**Rituximab\_BL ในเด็ก**

**ข้อบ่งใช้ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง non Hodgkin lymphoma ชนิด Burkitt lymphoma**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องวัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้ | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ | 2.1 ตรวจประเมินการตอบสนองด้วยการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน |
|  | ❑ | 2.2 ตรวจติดตามด้วยภาพรังสี (radiologic imaging) ซ้ำ ในบริเวณที่เคยตรวจพบรอยโรค (หลังได้รับยาไปแล้ว 3-4 รอบของการรักษา) |
|  | ❑ | 2.3 กรณีตรวจพบรอยโรคในไขกระดูกตั้งแต่เริ่มต้น ให้ตรวจ bone marrow aspiration/biopsy ซ้ำ  |
|  | ❑ | 2.4 กรณีตรวจพบรอยโรคในน้ำไขสันหลัง ให้ตรวจน้ำไขสันหลังในทุกครั้งที่ให้ยา intrathecal chemotherapy |
| 3. | สรุปผลการประเมินการรักษา |  |  |
|  | 🔾 complete /partial response  | 🔾 stable disease  | 🔾 progressive disease |  |  |
| 4. | ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ ....................... มิลลิกรัม  |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**trastuzumab\_ neo-adjuvant therapy breast cancer ครั้งแรก** **ฉบับปรับปรุง
ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (neo-adjuvant therapy)**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ  |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย ❑ 0 ❑1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ระยะของโรค |  |  |
|  | T stage  | ❑ 1  | ❑ 2 | ❑ 3 | ❑ 4 |  |  |
|  | N stage  | ❑ 0  | ❑ 1 | ❑ 2 | ❑ 3 |  |  |
|  | M stage  | ❑ 0  | ❑ 1 |  |  |  |  |
|  | **หมายเหตุ**1. กรณีที่โรคมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN1-3 ยกเว้น supraclavicular node positive) และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็นแบบใดก็ได้2. กรณีที่โรคไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) แต่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมมากกว่า 2 ซม.และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็น ER/PR negative |  |  |
| 4. | โปรดระบุผลการตรวจทางพยาธิวิทยา 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 ……...............
 |  |  |
| 5. | มีการประเมินระยะของโรคว่าไม่มีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น (M0) โปรดระบุผลการตรวจ ดังนี้ |  |  |
|  | 5.1 CXR; 5.2 Ultrasound liver; 5.3 Bone scan; 5.4 อื่น ๆ โปรดระบุ ...........  | วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal…………….วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal…………….วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal…………….วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal……………. |  |  |
| 6. | มีผลการตรวจการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ......❑ 6.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ ........... ❑ 6.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ ...........  | 🔾 | 🔾 |
| 7. | มีการปรึกษาศัลยแพทย์ถึงการรักษาแบบ curative surgery หลังจากได้ neo-adjuvant therapy ครบ | 🔾 | 🔾 |
| 8. | สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา ❑ AC\_Paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ ❑ AC\_Paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์ ❑ other regimen ระบุ ……………... |  |  |
| 9. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../......... ถึง .............../............../................ |  |  |
|  | (ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน) |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**trastuzumab\_ adjuvant therapy breast cancer ครั้งแรก ฉบับปรับปรุง
ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (adjuvant therapy)**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ  |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย ❑ 0 ❑1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดด้วยวิธี curative breast surgeryวันเดือนปีที่ผ่าตัด ...... / ...... / ...... โดยเป็นการผ่าตัดด้วยวิธี❑ modified radical mastectomy (MRM)❑ breast conserved❑ อื่น ๆ โปรดระบุ ................................................................................................................. | 🔾 | 🔾 |
| 4. | ระยะของโรค |  |  |
|  | T stage  | ❑ 1  | ❑ 2 | ❑ 3 | ❑ 4 |  |  |
|  | N stage  | ❑ 0  | ❑ 1 | ❑ 2 | ❑ 3 |  |  |
|  | M stage  | ❑ 0  | ❑ 1 |  |  |  |  |
|  | **หมายเหตุ**1. กรณีที่โรคมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN1-3 ยกเว้น supraclavicular node positive) และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็นแบบใดก็ได้2. กรณีที่โรคไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) แต่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมมากกว่า 2 ซม.และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็น ER/PR negative |  |  |
| 5. | โปรดระบุผลการตรวจทางพยาธิวิทยา 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) โปรดระบุผลการตรวจ ดังนี้ |  |  |
|  | 6.1 CXR; 6.2 Ultrasound liver; 6.3 Bone scan; 6.4 อื่น ๆ โปรดระบุ ...........  | วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal…………….วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal…………….วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal…………….วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ...... , ❑ normal ❑abnormal……………. |  |  |
| 7. | มีผลการตรวจการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ วันเดือนปีที่ตรวจ ...... / ...... / ......❑ 7.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ ........... ❑ 7.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ ...........  | 🔾 | 🔾 |
| 8. | แผนการให้รังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด มีดังนี้ ❑ มีแผนการให้รังสีรักษา วันที่ ...... / ...... / ...... ❑ ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รังสีรักษาแล้ว ว่าไม่จำเป็น | 🔾 | 🔾 |
| 9. | สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา ❑ AC\_Paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ ❑ AC\_Paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์ ❑ other regimen ระบุ ……………... |  |  |
| 10. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../......... ถึง .............../............../................**หมายเหตุ** กรณีที่โรคไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) แต่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมมากกว่า 2 ซม. ให้ใช้ยา Trastuzumab ได้ 9 cycle |  |  |
|  | (ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน) |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**rituximab RRMS ครั้งแรก**

**ข้อบ่งใช้ โรคมัลติเพิลสเคอโรสิสชนิดที่มีการกลับเป็นซ้ำ (Relapsing Remitting Multiple Sclerosis)**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

**(อนุมัติให้ยาในระยะ induction therapy)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมัลติเพิลสเคอโรสิสด้วยเกณฑ์ McDonald 2017 หรือ ใช้เกณฑ์ McDonald ที่ปรับปรุงล่าสุดวันเดือนปีที่วินิจฉัย ...... / ...... / ...... | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การใช้ยาครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 3.1 | มีการกลับเป็นซ้ำของโรคตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา |  |  |
| ❑ | 3.2 | EDSS ที่สามเดือนหลังอาการกำเริบครั้งสุดท้าย ไม่เกิน 5.5 |  |  |
| ❑ | 3.3 | อาการของผู้ป่วยไม่ได้เกิดภาวะกำเริบเทียม (pseudorelapse) |  |  |
| 4. | ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาด้วยยากดภูมิที่ใช้เป็นทางเลือกแรก ตามลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 4.1 | ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากดภูมิที่ใช้เป็นทางเลือกแรก |  |  |
| ❑ | 4.2 | ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยากดภูมิที่ใช้เป็นทางเลือกแรก |  |  |
| ทั้งนี้การเลือกใช้ยาที่เป็นทางเลือกแรกขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา |  |  |
| 5. | ขนาดยา rituximab ในช่วง induction therapy ที่ขออนุมัติใช้  |  |  |
| ❑ | 5.1 | 1,000 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 1 และวันที่ 15 |  |  |
| ❑ | 5.2 | 375 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร ทางหลอดเลือดดำ สัปดาห์ละครั้ง x 4 สัปดาห์ (กรณีใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก)  |  |  |
| 6. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................ |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ........../........../...........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**rituximab RRMS ต่อเนื่อง**

**ข้อบ่งใช้ โรคมัลติเพิลสเคอโรสิสชนิดที่มีการกลับเป็นซ้ำ (Relapsing Remitting Multiple Sclerosis)**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง**

**(อนุมัติใช้ยาในระยะ maintenance therapy ครั้งละไม่เกิน 12 เดือน)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
| --- | --- |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | วัน/เดือน/ปีที่เริ่ม maintenance therapy ........../........../......... และระยะเวลาการใช้ยา maintenance therapy รวม induction therapy แล้วไม่เกิน 5 ปี | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้วเป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษา (responder) หมายถึง ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ | อัตราการเป็นซ้ำควรลดลงมากกว่าร้อยละ 50 |
|  | ❑ | ค่า EDSS คงที่หรือลดลง |
|  | ❑ | รอยโรคจาก MRI เทียบระหว่างก่อนกับหลังได้รับยา มีจำนวนรอยโรคคงที่หรือลดลง |
| 4. | ผลประเมินการรักษาระหว่างการให้ maintenance therapy |  |  |
|  | ❑ | stable disease or complete response |
|  | ❑ | progressive disease |
|  | ❑ | การใช้ยาในระยะ maintenance therapy ครั้งแรก |
| 5. | ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา rituximab ชั่วคราวตั้งแต่วัน/เดือน/ปี........../........../......... เนื่องจาก | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ | ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร |
|  | ❑ | ติดเชื้อรุนแรง |
|  | ❑ | อื่น ๆ ระบุ….........................................................................…… |
| 6. | ขนาดยา rituximab ในช่วง maintenance therapy ที่ขออนุมัติใช้ ที่ขออนุมัติใช้  |  |  |
| ❑ | 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน |  |  |
| ❑ | 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน |  |  |
| ❑ | ............................. มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 เดือน (สำหรับการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กสามารถใช้ยา 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)
 |  |  |
| 7. | วันที่เริ่ม induction therapy วันที่ ........../........../......... |  |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** **วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ........../........../...........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Trastuzumab\_ breast cancer ต่อเนื่อง ฉบับปรับปรุง**

**ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่** 🔾 ครั้งที่ 1 🔾 ครั้งที่ 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย ❑ 0 ❑1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้ | 🔾 | 🔾 |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้❑ 3.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ ........... ❑ 3.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ ...........  |  |  |
| 4. | ผู้ป่วยไม่มีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยา ดังนี้4.1 กรณีผู้ป่วยที่โรคมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node positive) ได้รับยา Trastuzumab ครบ 4.2 กรณีผู้ป่วยที่ยังไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node negative) ได้รับยา Trastuzumab ครบ4.3 ผู้ป่วยขาดการติดต่อ4.4 มีอาการแสดงของภาวะ congestive heart failure4.5 มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF <50%)4.6 ต้องหยุดยานานเกิน 8 สัปดาห์ | 🔾 | 🔾 |
| 5. | สรุปผลประเมินสภาวะโรคมะเร็งเต้านมของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ ....... /....... /.......❑ disease free ❑ relapsed disease วันที่ ....... /....... /....... |  |  |
| 6. | ผู้ป่วยได้รับยา Trastuzumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที่ ....... /....... /....... |  |  |
|  | การให้ยาครั้งนี้ เป็นครั้งที่ .......  |  |  |
| 7. | ขนาดยา Trastuzumab ที่ขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง ........... mg  |  |  |
| 8. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................(ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน) |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**adalimumab non-sJIA ครั้งแรก**

**ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก**

**(non-systemic juvenile idiopathic arthritis: non-sJIA)**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
| 2. | อายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป |  |  |
| 3. | ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิกวันเดือนปีที่วินิจฉัย ...... / ...... / ......โดยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 3.1 | เกณฑ์ International League of Associations for Rheumatology classification of JIA  |  |  |
| ❑ | 3.2 | เกณฑ์ Classification criteria for JIA ซึ่งพัฒนาโดย Pediatric Rheumatology International Trials Organization International (PRINTO) Consensus |  |  |
| 4. | ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 4.1 | ขออักเสบ อยางนอย 1 ขอ |  |  |
| ❑ | 4.2 | enthesitis อยางนอย 1 ตำแหนง |  |  |
| ❑ | 4.3 | sacroiliitis |  |  |
| ❑ | 4.4 | มีภาวะม่านตาอักเสบ (uveitis) |  |  |
| 5. | ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน หรือไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ของยามาตรฐานอย่างน้อยตามเกณฑ์ข้อ 5.1 โดยอาจมีข้อ 5.2 ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ กล่าวคือ | 🔾 | 🔾 |
| ❑ | 5.1 | ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา NSAIDs ขนาดเต็มที่ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่มcsDMARDs ในขนาดรักษา ≥ 2 ชนิดในกรณีขออักเสบเปนระยะเวลานานอยางนอย 6 เดือน หรือ ≥ 1 ชนิดในกรณี enthesitis/sacroiliitis/uveitis เปนระยะเวลานานอยางนอย 3 เดือน หรือ ไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้  |  |  |
| ❑ | 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 | 🔾 | 🔾 |
| 7. | ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง | 🔾 | 🔾 |
| 8. | ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม | 🔾 | 🔾 |
| 9. | ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ |
| ❑ | 9.1 | 24 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์  |  |  |
| ❑ | 9.2 | 20 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยน้อยกว่า 30 กิโลกรัม) |  |  |
| ❑ | 9.3 | 40 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยตั้งแต่ 30 กิโลกรัมขึ้นไป) |  |  |
|  | ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เกิน 2 คอร์สการรักษาตลอดชีวิต และในกรณีผู้ป่วยมีอาการ flare-upให้นับเป็นการรักษา 1 คอร์สการรักษา |  |  |
| 10. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .........../............../............ |
|  |  (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก) |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ........../........../...........**  |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**adalimumab non-sJIA ต่อเนื่อง**

**ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก**

**(non-systemic juvenile idiopathic arthritis: non-sJIA)**

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศ 🔾 ชาย 🔾 หญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../.............. 7. อายุ...........ปี.............เดือน | 8. น้ำหนัก................กิโลกรัม |
| 9. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
| --- | --- |
|  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องวัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา โดยผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษา (responder) หมายถึง ผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ACR30  |
|  | ❑ | ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ACR70 |
|  | ❑ | ผู้ป่วยอยู่ในสถานะ Inactive Disease (IN) คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก คา ESR/CRP อยู่ในระดับปกติและอยู่ภายใตการรักษาด้วยยา adalimumab |
| 3. | สรุปผลการประเมินการรักษา |  |  |
|  | 🔾 stable disease to complete response  | 🔾 progressive disease |  |  |
| 4. | **ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับยาในคอร์สการรักษาที่** 2**\*** | 🔾 | 🔾 |
| 5. | ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ |
| ❑ | 5.1 | 24 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์  |  |  |
| ❑ | 5.2 | 20 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยน้อยกว่า 30 กิโลกรัม) |  |  |
| ❑ | 5.3 | 40 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยตั้งแต่ 30 กิโลกรัมขึ้นไป) |  |  |
|  | โดยมีแนวทางการให้ยา adalimumab ร่วมกับการรักษามาตรฐาน จำนวน 1 คอร์สการรักษา ดังตารางในแนวทางกำกับการใช้ยา **\* ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เกิน 2 คอร์สการรักษาตลอดชีวิต และในกรณีผู้ป่วยมีอาการ** flare-up **ให้นับเป็นการรักษา 1 คอร์สการรักษา** |  |  |
| 6. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................ |  |  |
|  |  (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน) |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ........../........../...........**  |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Ceftazidime/Avibactam**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Ceftazidime/Avibactam ครั้งแรก**

**ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ**

**ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข** **การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacterales ที่ไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก : อนุมัติไม่เกิน 7 วัน** |  | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ …...../…….../ 25........ |  |  |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยไม่ได้ทำ chronic dialysis อยู่เดิม | 🔾 | 🔾 |
|  | ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)  |  |  |
|  | ❒ ปอด | ❒ ช่องท้อง  | ❒ ทางเดินปัสสาวะ ❒ เลือด ❒ อื่น ๆ (ระบุ)...………………………………. |
|  | ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ CRE ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❒  | 4.1  | ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากตำแหน่งปราศจากเชื้อ (sterile site)  |
|  |  | ระบุ สิ่งส่งตรวจ ❒ blood culture ❒ CSF culture ❒ อื่น ๆ (ระบุ)...………………………………. |
| ❒  | 4.2  | ตรวจพบเชื้อ CRE จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งที่ไม่ปราศจากเชื้อ (non-sterile site) ร่วมกับอาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อที่ตำแหน่งดังกล่าว ระบุ สิ่งส่งตรวจ ...………………..…………. |
|  | เชื้อ CRE ที่ตรวจพบมีหลักฐานว่าไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam ตามเกณฑ์ของ Clinical and laboratory standards institute (พร้อมแนบเอกสารใบรายงานผล) | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา Colistin ได้ เนื่องจากเหตุผล ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ | 🔾 | 🔾 |
| ❒ | 6.1 | มีความเสี่ยงที่จะเกิดพิษต่อไต ตามแนวทางกำกับการใช้ยา |  |
|  |  | ค่า Creatinine clearance ................. ml/min หรือ eGFR....................... ml/min/1.73m² |
| ❒ | 6.2 | กรณีเชื้อ CRE ที่ตรวจพบดื้อต่อยา Colistin (Colistin MIC ≥4 mcg/mL,พร้อมแนบเอกสารใบรายงานผล) |  |
| ❒ | 6.3 | มีอาการหรือประวัติแพ้ยา Colistin  |  |
| ❒ | 6.4 | กรณีมีผลข้างเคียงรุนแรง จนไม่สามารถใช้ยา Colistin ต่อได้ |  |
|  | ขนาดยาเริ่มต้น.................................................. มก.ต่อวัน **หมายเหตุ** อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  **O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ** |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ......../........../..........** |

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Ceftazidime/Avibactam**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

**Ceftazidime/Avibactam ต่อเนื่อง**

**ฉบับปรับปรุง ในบัญชียาหลักฯ**

**ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567**

**เงื่อนไข** **การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteralesที่ไวต่อยา Ceftazidime/Avibactam**

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)*

|  |  |
| --- | --- |
| **กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่องครั้งที่ 2, 3, 4 : อนุมัติยา 7 วัน** | **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. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่นๆ  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ..../..../ 25........ |  |  |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| 1. | อาการทางคลินิกดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ตามเป้าหมาย | 🔾 | 🔾 |
|  | ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก  |  วันที่ ..../..../ 25........ |  |
| 2. | แพทย์ประเมินแล้วเห็นว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับยามีมากกว่าความเสี่ยง  | 🔾 | 🔾 |
| 3. | ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) | 🔾 | 🔾 |
| 4. | ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ .......................................... มก.ต่อวัน  |  |  |
| 5. | การขอใช้ยาในครั้งนี้เป็นการใช้ยาในการรักษาเกิน 14 วัน ถ้า “ใช่” โปรดระบุเหตุผล............................................................................... โดยมีแผนการรักษาอยู่ที่ระยะเวลาทั้งหมด ........................... วัน (นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก) | 🔾 | 🔾 |
|  | **หมายเหตุ** 1). เหตุผลของการใช้ยาในการรักษาเกิน 14 วัน เช่น ฝีหนองที่ไม่สามารถระบายได้หมด ติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ตอบสนองต่อการรักษาช้า เป็นต้น2). อาจมีการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  **O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ** |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................****วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ......../........../..........** |