แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Donepezil hydrochloride

ข้อบ่งใช้ ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ที่มีความรุนแรงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกากับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย **เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล**

1.ชื่อ- นามสกุล.....2. HN.....3. AN.....

4. เพศ ☐ชาย ☐ หญิง 5.วัน / เดือน/ปีเกิด ...../...../..... 6. อายุ.....ปี .....เดือน

7. เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ 8.รหัสโรงพยาบาล.....

9. สิทธิเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม

☐ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆระบุ.....

10 ได้รับ Pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 11. Authorization number.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา **แพทย์**

ก.กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....

1.ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.อาการของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากอาการเพ้อ (delirium) หรือเป็นผลกระทบจากสารเสพติด หรือ จากโรคทางจิตเวช ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3.ต้องไม่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงมาก (very severe dementia) หมายถึง ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มี ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

การพึ่งพาโดยสิ้นเชิง (totally dependence) และมีสภาพนอนติดเตียง

4.ประเมินผู้ป่วยหลังได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้ว การประเมินในเดือนที่

☐ 3 และ 6 หลังจากได้ยาครั้งแรก

ระยะเวลา ☐ 3 เดือน หรือ ☐ 6 เดือน ด้วยเกณฑ์ TMSE หรือ MMSE-T คะแนนเท่าเดิมหรือดีขึ้น

การประเมินครั้งแรกด้วยเกณฑ์ ☐ TMSE ☐ MMSE-T วันที่ประเมิน ...../...../..... คะแนน .....

การประเมินครั้งนด้วยเกณฑ์ ☐ TMSE ☐ MMSE-T วันที่ประเมิน ...../...../..... คะแนน .....

☐ การประเมินทุก 1 ปีหลังได้ยาครั้งแรก

ด้วยเกณฑ์ TMSE หรือ MMSE-T หรือ FAST หรือ GDS คะแนนเท่าเดิมหรือดีขึ้น

การประเมินครั้งแรกด้วยเกณฑ์ ☐ TMSE ☐ MMSE-T วันที่ประเมิน ...../...../..... คะแนน .....

☐ FAST ☐ TMSE

การประเมินครั้งนด้วยเกณฑ์ ☐TMSE ☐ MMSE-T วันที่ประเมิน ...../...../..... คะแนน .....

☐ FAST ☐ TMSE

ขนาดยาและวิธีใช้

Donepezil hydrochloride ..... mg ต่อวัน

(สูงสุดแนะนำไม่เกิน 10 mg ต่อวัน การปรับยาให้ปรับหลังจากเริ่มใช้ยาในขนาดเริ่มต้นไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน)

เกณฑ์การหยุดยา

ให้หยุดยาเมื่อตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้วเป็นระยะเวลา 3-6 เดือน โดยการประเมินด้วย TMSE หรือMMSE-T แล้วคะแนนลดลงอย่างน้อย 2 คะแนน
2. เมื่อประเมินทุก 1 ปี หรือระหว่างติดตามการรักษา พบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนสถานะเป็นโรคในระดับรุนแรง(severe) ได้แก่ TMSE หรือ MMSE-T น้อยกว่า 10 คะแนน หรือ FAST ระยะ 7 หรือ GDS ระยะ 7
3. ผู้ป่วยไม่ส ามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
4. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถแก้ไ ขได้ หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่แพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วเห็นว่าเกิดผล เสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ ☐ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....