

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Bevacizumab

ข้อบ่งใช้

- 1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบวมจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration)
- 2. โรคจุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME)
- 3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal vein occlusion with macular edema)
- 4. โรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity, ROP)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ..... สกศ.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาลโสธร 10701
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"/> อื่น ๆ	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา
---

<p>หมายเหตุ</p> <p>1) โรค AMD ให้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 12 ครั้งต่อปี ของการรักษาโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง</p> <p>2) โรค DME และ RVO ให้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี ของการรักษาโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง</p> <p>3) โรค ROP ให้ยาได้ 1 ครั้ง จนกว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค</p>	<p>วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....</p> <p>การขออนุมัติยาในการใช้ยาครั้งที่...../ปี</p>
--	---

<p>ข้อมูลทางคลินิก</p> <p>ผลการวัดสายตา (visual acuity)</p> <p>วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../..... ตาซ้าย ...../..... pin hole...../..... Tension ..... mm</p> <p>วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../..... ตาขวา ...../..... pin hole...../..... Tension ..... mm</p> <p>หมายเหตุ ผู้ป่วยโรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (ROP) ไม่ต้องระบุผลการวัดสายตา (visual acuity)</p>	
--	--

ข้อมูลประกอบการอนุมัติการใช้ยา	ใช่	ไม่ใช่
1 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค AMD, DME และ RVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้		
2.1.1 ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคด้วยเครื่องใดเครื่องหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Fundus Fluorescein angiography (FFA) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../.....		
<input type="checkbox"/> Optical Coherence Tomography (OCT) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../.....		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ ..... วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ ...../...../.....		
2.1.2 มีผลการถ่ายภาพจอตาตามข้อ 2.1.1 ให้ตรวจสอบได้ในเวชระเบียน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

2.1.3 มีระดับความสามารถในการมองเห็น (visual acuity) ตั้งแต่ 20/40 หรือต่ำกว่า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1.4 มี light perception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ROP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> 2.2.1 ตำแหน่งของโรค อยู่ที่ Zone I หรือ posterior zone II และความรุนแรงที่ระยะที่ 3 หรือมากกว่า โดยจะมีการแสดงของภาวะ plus disease ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้		
<input type="checkbox"/> 2.2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น high risk ROP ซึ่งสมควรได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ แต่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเลเซอร์ได้ หรือให้การรักษาด้วยเลเซอร์แล้วผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามประสงค์		
3. ผลการประเมินสุขภาพร่างกายโดยรวม สามารถทนต่อการฉีดยาเข้าในวุ้นตาได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ขออนุมัติใช้ยาในตา		
<input type="checkbox"/> ซ้าย      ขนาดยาที่ให้.....มิลลิกรัม      ครั้งที่...../ ปี		
<input type="checkbox"/> ขวา      ขนาดยาที่ให้.....มิลลิกรัม      ครั้งที่...../ ปี		
<b>หมายเหตุ</b>		
1) โรค AMD, DME และ RVO ใช้ยา bevacizumab 1.25 มิลลิกรัม ฉีดเข้าวุ้นตา ทำการประเมินผลการรักษา และพิจารณาฉีดยาซ้ำในระยะเวลาไม่เร็วไปกว่า 4 สัปดาห์		
2) โรค ROP ใช้ยา bevacizumab 0.625 มิลลิกรัม ฉีดเข้าในวุ้นตา 1 ครั้ง		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....