



4. ขนาดและวิธีการให้ยา

น้ำหนักตัว \_\_\_\_\_ กิโลกรัม ขนาดยาที่ใช้ทั้งหมด \_\_\_\_\_ กรัม คิดเป็นขนาดยา \_\_\_\_\_ กรัม/กิโลกรัม

(ขนาดยาเริ่มต้นคือ 400-600 mg/kg/dose ทุก 2-4 สัปดาห์ จากนั้นปรับระดับให้ IgG trough level มากกว่า 500 mg/dL หรือให้มากกว่า 800 mg/dL กรณีที่มี bronchiectasis หรือการติดเชื้อที่รุนแรง)

รายละเอียดขนาดยาที่ใช้ \_\_\_\_\_

**สำหรับผู้อนุมัติ** กรณีการขออนุมัติเป็น **ครั้งแรก**: 1) ใช่ 2) เป็น PID ชนิดใดชนิดหนึ่งตามที่ระบุในแบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยา  
3.4) มีผลการตรวจ CBC, IgG, IgA, IgM 4) **ระบุ** ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์  
กรณีการได้รับยา **ต่อเนื่อง**: 1) ใช่ 2) เป็น PID ชนิดใดชนิดหนึ่งตามที่ระบุในแบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยา  
4) **ระบุ** ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

Premedication:  ไม่ใช่  ใช่ (โปรดระบุชนิดและขนาดยา)

- antihistamine \_\_\_\_\_
- antipyretic \_\_\_\_\_
- corticosteroid \_\_\_\_\_
- อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

อาการไม่พึงประสงค์  ไม่มี  มี

ผื่น  ไข้  ปวดหรือเวียนศีรษะ  ความดันโลหิตต่ำ  อื่นๆ \_\_\_\_\_

ควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแพ้ยาอย่างใกล้ชิด

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา \_\_\_\_\_  
( พญ.ลักษมี พันธุ์สายเชื้อ )  
วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ลงนามแพทย์ผู้ส่งใช้ยา \_\_\_\_\_  
( พญ.กิริยา จิตนภากาญจน์ )  
วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ผลการอนุมัติ  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

.....  
เภสัชกรผู้จ่ายยา (ตรวจสอบเอกสาร)  
(ภก/ภญ.....)  
วันที่ ...../...../.....