

แบบฟอร์มการกำกับการใช้ยาโรงพยาบาลโฮธร Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ในข้อบ่งใช้ Guillain – Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา \_\_\_\_\_ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ \_\_\_\_\_  
เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาใด  ประสาทวิทยา  กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา   
อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_

สิทธิการเบิก  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

เพศ  ชาย  หญิง วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_ ปี \_\_\_\_ เดือน

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยตามสำเนาทะเบียนบ้าน

ได้รับ post-authorization แล้ว  ใช่  ไม่ใช่ authorization number.....

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

โปรดกรอกให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ไม่ใช่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill  ใช่  ไม่ใช่  
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าเป็นโรค Guillain – Barré syndrome ที่มี acute respiratory failure หรือ severe weakness

2.1 ลักษณะทางคลินิก

- A มี Weakness of both arms and legs  ใช่  ไม่ใช่  
B มีอาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์  ใช่  ไม่ใช่  
C มี Absent or depressed deep tendon reflexes  ใช่  ไม่ใช่  
D มี Severity of weakness: distal  $\geq$  proximal  ใช่  ไม่ใช่  
E มี Sensory symptoms and signs  ใช่  ไม่ใช่  
F มี Cranial nerve involvement esp. bilateral facial palsy, LMN type  ใช่  ไม่ใช่  
G Recovery beginning two to four weeks after progression ceases  ใช่  ไม่ใช่  
H มี Absence of fever at onset  ใช่  ไม่ใช่  
I มี Autonomic dysfunction  ใช่  ไม่ใช่

2.2 ผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- J มีอาการหายใจล้มเหลว  ใช่  ไม่ใช่  
K มี severe weakness  ใช่  ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ เกณฑ์การวินิจฉัยคือ ทุกข้อตอบว่า ใช่

2.3 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้

2.3.1 ผลการตรวจ CSF พบ Elevated cerebrospinal fluid protein  ใช่  ไม่ใช่

with <10 cells/ml (sometimes a rise in protein content is not seen until the end of the second week of illness)

2.3.2 ผลการตรวจ Electrodiagnostic features (ถ้ามี) พบ Slow nerve conduction velocity  ใช่  ไม่ใช่

or conduction block, normal or small compound muscle action potentials, absent or prolonged F-waves, acute denervation or decreased recruitment / interference pattern (The findings depend on timing of electrodiagnostic test )

สำหรับผู้อนุมัติ เกณฑ์การวินิจฉัยคือ 2.3.1) ใช่ และควรมีข้อ 2.3.2) ใช่

3. ขนาดและวิธีการใช้ยา (ขนาดยาที่แนะนำ คือ IVIG 2 g/kg/course แบ่งให้ 2-5 วัน โดยผู้อนุมัติใน รายที่สามารถให้ IVIG ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางคลินิก)

น้ำหนักตัว \_\_\_\_\_ กิโลกรัม ขนาดยาทั้งหมดที่ใช้ \_\_\_\_\_ กรัม คิดเป็นขนาดยา \_\_\_\_\_ กรัม/กิโลกรัม

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วันที่เริ่มให้ยา วันที่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

สำหรับผู้อนุมัติ ขนาดยา IVIG ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

4. ทำการรักษาวิธี Plasma exchange (PE) ร่วมด้วย หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ ไม่รักษาด้วยยา IVIG ร่วมกับ PE

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ผลการอนุมัติ  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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