

แบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา NED โรคกระดูกและข้อ-ข้อไขข้อ ผอ. ก่อนใช้

1. Sodium hyaluronate inj. (Ostenil[®]) 2. Teriparatide inj. (Forteo[®]) และ 3. Denosumab inj. (Prolia[®])

กรณารอรายละเอียดให้ครบถ้วนในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส. อายุ.....ปี
น้ำหนัก.....kg. ส่วนสูง.....cm. DXA T-score (วันที่.....).....
HN..... AN..... Ward.....เตียง.....แพ้ยา.....

สิทธิการรักษา ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ/เบิกต้นสังกัด ☐ ประกันสังคม
☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ชำระเงินเอง ☐ อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและการใช้ยา ทุก 6 เดือน

1. Sodium hyaluronate inj. (Ostenil[®]) 20 mg/2 ml ขออนุมัติครั้งล่าสุด วันที่.....

เหตุผลประกอบการสั่งใช้ (ให้ยาซ้ำในอีก 6 เดือนเพื่อบรรเทาปวด)

- ☐ 1. ใช้บรรเทาอาการปวดและชะลอการเสื่อมของข้อเข่า บรรเทาอาการปวดในข้อเท้าและข้อไหล่เสื่อม รวมถึงอาการฝืดขัดข้อไหล่
☐ 2. รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น มีข้อจำกัด ไม่สามารถทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด
คือ
☐ 3. โรคข้อเข่าเสื่อม สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ หรืออาการข้างเคียงจากยา NSAIDs โปรตระกูล

ขนาดและวิธีการให้ยา Sodium hyaluronate inj.ระยะเวลา.....วัน จำนวน.....inj.

2. Teriparatide inj. (Forteo[®]) 600 mcg/2.4 ml ☐ 6 เดือนแรก..... ☐ 6 เดือนหลัง.....

เกณฑ์ประกอบการสั่งใช้ ต้องมีข้อ 1+2 (ระยะเวลาการรักษา อย่างน้อย 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี)

- ☐ 1. อายุ ≥ 65 ปี
☐ 2. ต้องมีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อ ตาม TOPF guideline 2022 ดังนี้
() Recent Vertebral fx. หรือ Hip fx. จาก osteoporosis (< 12 เดือน) และมี T-score ≤ -2.5
() DXA T-score (lumbar spine, femoral neck, total hip) ≤ -2.5 ร่วมกับ osteoporosis fx ≥ 2 ตำแหน่ง
() Bilateral hip fx., Vertebral fx. และ Hip fx. จาก osteoporosis หรือ fx. at other site ≥ 3 ครั้งหรือ 3 ตำแหน่ง
() ไม่ตอบสนองต่อ Bisphosphonate
☐ มี vertebral Fx เกิดขึ้นใหม่ 1 ตำแหน่ง หรือตำแหน่งเดิมยุบมากขึ้น หรือมี hip Fx เพิ่ม ทั้งนี้ต้องได้รับยามา > 2 ปี
☐ BMD L spine ลดลงปีละ $\geq 3\%$ หรือ BMD hip ลดลงปีละ $\geq 5\%$ หลังจากได้รับยามา > 2 ปี
() ผู้หญิง ≥ 65 ปี หรือผู้ชาย ≥ 70 ปี ที่มี DXA T-score (lumbar spine, femoral neck, total hip) ≤ -3.5
() Glucocorticoid induced osteoporosis
() Atypical femoral fracture จาก Bisphosphonate หรือ Denosumab (Prolia[®])

ขนาดและวิธีการให้ยา Teriparatide inj. Sc.....mcg OD ระยะเวลา.....วัน จำนวน.....inj.

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้.....วันที่.....

1. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

2. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

3. ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

4. เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

แบบบันทึกประกอบการสั่งใช้ Denosumab injection โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

หน้า 2/2

Prolia® ; pre-filled syringe 60 mg/ml

(NED-เฉพาะ orthopedics&neurosurgery&nephrologist&rheumatologist&gynecologist staff)

กรณารอรายละเอียดให้ครบถ้วนในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 (2.1 และ 2.2) และส่งทีมงานคลังยาชั้น 2

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล นาง/นางสาว/นายH.N.....AN.....อายุปี

ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ห้องตรวจ/Ward.....สิทธิการเบิก ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ ชำระเงินเอง

2. ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

2.1 ข้อบ่งใช้ยา Osteoporosis:

☐ Primary indication ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน และผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่มีข้อบ่งใช้ข้างล่างอย่างน้อย 1 ข้อ

() 1. ผู้ที่มีกระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง

() 2. ผู้ที่มีความหนาแน่นของกระดูกที่วัดด้วยเครื่อง axial DXA ที่กระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพก พบว่า T-score \leq -2.5☐ Secondary indication ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนและผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่มีความหนาแน่นของกระดูกที่วัดด้วยเครื่อง axial DXAที่กระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพกหัก พบว่า $-1.0 > \text{T-score} \leq -2.5$ ร่วมกับมีข้อบ่งใช้ข้างล่างอย่างน้อย 1 ข้อ

() 1. มีกระดูกหักอย่างน้อย 1 แห่งจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรงภายหลังอายุ 40 ปีในตำแหน่งหลักอื่น

() 2. ได้รับกลูโคคอร์ติคอยด์เป็นระยะเวลานาน

() 3. มีโรคกระดูกพรุนชนิดทุติยภูมิ

() 4. เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการประเมินด้วย FRAX™

() 5. มีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป

() ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีหรือผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป

() มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 19 กก/ตร.ม.

() มีประวัติบิดาหรือมารดากระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน

() หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี

() สูบบุหรี่เป็นประจำ

() ดื่มสุราเป็นประจำ

Lab วันที่..... (แบบผล DXA) T score (< - 2.5)

2.2 เกณฑ์ประกอบการสั่งใช้

1. ระดับ Calcium mg/dl (เจาะเมื่อ.....)(ค่าปกติ 8.6-10.2 mg/dl) และได้รับ Calcium

carbonate อย่างน้อย 1,000-1,500 มิลลิกรัม และวิตามินดี \geq 800 IU/วัน2. ระดับ 25-hydroxyvitamin D concentration \geq 20 ng/ml (เจาะเมื่อ.....)

อนุมัติเมื่อตอบ “ใช่” ในข้อ 1-2 และข้อบ่งใช้ข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง

1) ไม่สามารถเข้าในกลุ่ม Bisphosphonates (Alendronate/vit D3; Fosamax plus®, Risedronate;

Actonel®) ต่อได้เนื่องจากเกิดการข้างเคียงจากการใช้ยา โปรตรอบุ.....

2) มีข้อห้ามใช้ยาในกลุ่ม Bisphosphonates ได้แก่ esophageal abnormality

3) ใช้ยาในกลุ่ม Bisphosphonates \geq 2 ปี และมี BMD ลด \geq 3% เมื่อเปรียบเทียบกับ DXA baseline

4) Osteoporosis ที่มี CLCr < 30 ml/min

ขนาดยาที่จะใช้ Sc 60 mg ทุก 6 เดือน จำนวน.....prefilled syringe (ขออนุมัติทุก 1 ปี)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และแนบสำเนาเวชระเบียนที่ระบุข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้น

ส่งเอกสาร คลังยา โทร 1125

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้.....วันที่.....

1.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

3.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

4.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....