

แบบฟอร์มอนุมัติการใช้ยา Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) ร่วมกับ Ribavirin ต่อเนื่อง

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ 10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ดตยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

เป็นแพทย์ ☐ แพทย์สาขาผู้เชี่ยวชาญทางระบบทางเดินอาหาร

☐ อายุรแพทย์ที่ปฏิบัติงานโรคระบบทางเดินอาหารไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยได้รับคำรับรองจากผู้อำนวยการ

ข้อบ่งใช้ ☐ รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง genotype 2, 3 ☐ รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง genotype 1, 6

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่อง

- genotype 2, 3 ครั้งที่ ☐ 2 (เดือนที่ 5-7) ☐ 3 (เดือนที่ 13) เป็นการติดตามผลการรักษา

- genotype 1, 6 ครั้งที่ ☐ 2 (เดือนที่ 5-7) ☐ 3 (เดือนที่ 8-10)

☐ 4 (เดือนที่ 11-13)

☐ 5 (เดือนที่ 18) เป็นการติดตามผลการรักษา

☐ 6 (เดือนที่ 24) เป็นการติดตามผลการรักษา

วันเดือนปี ที่ส่งข้อมูล...../...../.....

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ.....สกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

HN..... AN

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐

วันเดือนปี เกิด/...../..... อายุ.....ปี.....เดือน (เกณฑ์ 18-65 ปี)

สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ข้อมูลทางคลินิก

1.ผู้ป่วยมี ECOG performance status ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2.ผลการตรวจ

วันที่ ตรวจ	ผลการตรวจ
2.2...../...../..... (แนบสำเนาผล LAB)	HCV RNA IU/ml (ผลการเจาะ ครบ 12 wks ,24 wks. หรือหลังจากนั้น)
2.3...../...../.....	CBC: Hb.....g/dL , WBC.....cell/mm3, PMN%, Platelet count.....cell/mm3(แนบสำเนาผล LAB)
2.4.1...../...../.....	AST(SGPT) IU/L, ALT(SGLT) IU/L , Albumin.....g/dl (แนบสำเนาผล LAB)
2.4.2...../...../.....	INR.....(แนบสำเนาผล LAB)
2.5...../...../.....	liver biopsy: Metavir score.....(เกณฑ์ >= F2) , HAI score.....(แนบสำเนาผล LAB)

การตรวจ HCV RNA

Wks ที่ 12	การประเมินครั้งที่ 1 ของ genotype 1,6
Wks ที่ 24	End of Treatment Response(ETR) ของ genotype 2,3 หรือ การประเมินครั้งที่ 2 ของ genotype 1,6 (เฉพาะผู้ป่วยที่ยังตรวจพบไวรัสใน Wks ที่ 12) หรือ การประเมินครั้งที่ 2 ของ genotype 1,2,3,6(ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV) (เฉพาะผู้ป่วยที่ยังตรวจพบไวรัสใน Wks ที่ 12)
Wks ที่ 48	Sustained Virological Response(SVR) ของ genotype 2,3 หรือ End of Treatment Response ของ genotype 1,6
Wks ที่ 72	Sustained Virological Response(SVR) ของ genotype 1,6

3. มีการปรับยาจากครั้งแรกหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี เมื่อวันที่/...../.....

4. ขณะนี้ได้รับยา

☐ ชนิดยา peginterferon alfa 2a ขนาดยาที่ใช้ =..... mcg /wk, Ribavirin mg/day

☐ ชนิดยา peginterferon alfa 2b ขนาดยาที่ใช้ =..... mcg /wk, Ribavirin mg/day

5. ถ้าเข้าเกณฑ์การหยุดยา โดยได้รับยาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่/...../25.....

☐ ได้รับการรักษาครบระยะเวลา คือ สัปดาห์

☐ โรคร่วมเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่กำเริบมากขึ้นเมื่อได้รับยา Interferon และ ribavirin จนไม่สามารถควบคุมได้

☐ ผู้ป่วยไม่สามารถทนผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา Peginterferon alfa (ชนิด 2a/2b)

หรือ Ribavirin ได้ซึ่งทำให้

☐ หยุดใช้ยานานกว่า 4 สัปดาห์

☐ ลดขนาดยา Peginterferon alfa (ชนิด 2a/2b) หรือ Ribavirin ลงมากกว่าร้อยละ 50

☐ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาที่ได้ลงลายมือชื่อไว้แล้ว และแพทย์ผู้รักษาเห็นสมควร

ระบุเหตุผล.....

☐ genotype 1,6 , HCV RNA ลดลงน้อยกว่า 2 log ในสัปดาห์ที่ 12 ของการรักษา เทียบกับก่อนการรักษา

☐ genotype 1,6 ยังตรวจพบ HCV RNA ในสัปดาห์ที่ 24 ของการรักษา

☐ ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างรับการรักษา

- ข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1) - 4) และข้อ 5 เกณฑ์การหยุดยา ถ้าไม่มีเกณฑ์ไม่จำเป็นต้องระบุ

- การตรวจ HCV RNA ให้เป็นไปตาม แนวทาง กำกับการใช้ยา ข้อ 9

- การตรวจ HIV หรือ CD4 ให้ตรวจในกรณีที่มีความจำเป็น เช่น สงสัยโรค HIV กำเริบ

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....เลข ว.....
วันที่...../...../.....



2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มที่คลังยา ชั้น 2 โทร 1128

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....



4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

.....
ลงชื่อ.....

วันที่.....