

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Bevacizumab

- ข้อบ่งใช้ ☐ 1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ๋มจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due to age-related macular degeneration)
- ☐ 2. โรคศูนย์กลางจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME)
- ☐ 3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal Vein Occlusion with Macular Edema)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-สกุล.....
2. รหัสโรงพยาบาล..... 3. HN.....
4. AN.....
5. สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....
6. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 7. วันเดือนปีเกิด/...../..... 8. อายุ.....ปี.....เดือน
9. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. น้ำหนักตัว กิโลกรัม 11. ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

1. ผลการวัดสายตา (visual acuity) 20/40-20/400
- วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../..... ตาซ้าย/..... pin hole...../.....
- Tension mm
- วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../..... ตาขวา/..... pin hole...../.....
- Tension mm

ส่วนที่ 3 การขออนุมัติยาเป็นครั้งแรก

(สามารถให้ยาได้ต่อเนื่องสูงสุดรวมไม่เกิน 3 ครั้ง โดยไม่ต้องกรอกแบบฟอร์มซ้ำอีก)

1. เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์กำหนดดังต่อไปนี้ ครบทุกข้อ
- ☐ 2.1 ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคด้วยเครื่องใดเครื่องหนึ่งดังต่อไปนี้
- ☐ Fundus Fluorescein angiography (FFA) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
- ☐ Optical Coherence Tomography (OCT) วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุวัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
- ☐ 2.2 มีผลการถ่ายภาพจอตาตามข้อ 2.1 ให้ตรวจสอบได้ในเวชระเบียน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. มีแผนการให้ยาในตา ☐ ซ้าย ☐ ขวา ขนาดยาที่ให้.....mg
- (ขนาดยาที่แนะนำคือ 1.25 มิลลิกรัมต่อ 1 ครั้ง สามารถฉีดซ้ำได้ทุกเดือน ความถี่ในการให้ยาขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นผู้พิจารณา)

ส่วนที่ 4 การขออนุมัติยาในการฉีดยาครั้งที่

○ 4 ○ 7 ○ 10

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี ที่ฉีด	ตาซ้าย			ตาขวา			อื่นๆ เช่น ผลข้างเคียง
		V/A	OCT	FFA	V/A	OCT	FFA	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

หมายเหตุ: 1. โรค AMD ให้ฉีดยาไม่เกิน ปีละ 12 ครั้งต่อข้าง ต่อ รอยโรคที่รักษา
2. โรค DME ให้ฉีดยาไม่เกิน ปีละ 6 ครั้ง ต่อข้าง ต่อ รอยโรคที่รักษา
3. โรค RVO ให้ฉีดยาไม่เกิน ปีละ 6 ครั้ง ต่อข้าง ต่อ รอยโรคที่รักษา
4. หากผู้ป่วยมีรอยโรคในตำแหน่งใหม่ ให้ทำการขออนุมัติใช้ยาฉบับใหม่

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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



2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มที่คลังกาย ชั้น 2 โทร 1128
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....



4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
วันที่.....