

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Raltegravir (RAL)**  
**ข้อบ่งใช้ สำหรับใช้รักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อต่อยาสูตรพื้นฐานและสูตรที่สอง**  
**ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงยา dolutegravir (DTG) ได้**  
 (ส่งแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย และครั้งต่อไปทุก 12 เดือน)

**ข้อมูลสถานการณืพยาบาลและแพทย์**

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ 10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ตติยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา \_\_\_\_\_ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ \_\_\_\_\_

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขา ☐ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ

☐ อนุสาขายาสูตรโรคติดเชื้อ

**ข้อมูลผู้ป่วย**

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

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_ ปี น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กิโลกรัม ส่วนสูง \_\_\_\_\_ เซนติเมตร

NAP No. D4- □□□□-□□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□□-□□-□□

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

**ก. เกณฑ์การขออนุมัติการใช้ยา การติดตามผล ปีละ 1 ครั้ง และกรณีหยุดยา**

1. ประวัติการรับยาของผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยยังได้รับยา raltegravir อยู่ ○ใช่ ○ไม่ใช่

2. การประเมินผลการรักษา

2.1 ยาต้านไวรัส ที่ได้รับอยู่ (ระบุชื่อยา) □..... □..... □..... □.....

2.2 มีผลการตรวจ viral load ครั้งสุดท้าย วันที่ ...../...../25..... = ..... copies/ml

2.3 ประวัติ adherence ที่ผ่านมาในรอบ 1 ปี ○ มีข้อมูล = ..... % ○ ไม่มีข้อมูล

2.4 ขนาดยา raltegravir ที่ใช้ รับประทาน ครั้งละ.....มก. วันละ.....ครั้ง

2.5 ยาประจำอื่นๆ ที่กำลังได้รับอยู่ (ระบุชื่อยา) □..... □..... □..... □.....

3. การประเมินผลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยา raltegravir ต่อเนื่อง

3.1 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ○ใช่ ○ไม่ใช่

3.2 ผู้ป่วยตับแข็งระยะกลางและระยะปลาย (Child Pugh class B, C) ○ใช่ ○ไม่ใช่

3.3 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้  
○ใช่ ระบุ..... ○ไม่ใช่

4. มีรายงานผลการตรวจเชื้อดื้อยาประกอบการติดตามผลการรักษา

○ ไม่มี

○ มี ☐ ดื้อยา ☐ ไม่ดื้อ

สำหรับผู้อนุมัติ การใช้ยาต้องตรงตามเกณฑ์ดังนี้คือ 1.1) ใช่ 3.1-3.3) ไม่ใช่

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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.....