

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab

เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) (pre-authorization; ขออนุมัติทุก 180 วัน)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ. 10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ตติยภูมิ
 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____
 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____
 สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี ____ เดือน
 โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อมูลประกอบการอนุมัติ กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

| | |
|---|--|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามเกณฑ์ ACR 1987 หรือ ACR /EULAR 2010 | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ DAS28-ESR ≥ 5.1 | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| <input type="checkbox"/> 4.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา csDMARDs แบบผสม ≥ 3 ขนาน โดยต้องเป็นยา MTX 1 ขนาน และรับยาแต่ละตัว ในขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target dose) ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน | |
| <input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา csDMARDs ในข้อ 4.1 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง | |
| <input type="checkbox"/> 4.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา csDMARDs ในข้อ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญ | |
| 5. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

ข้อมูลประกอบการอนุมัติ กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

| | |
|---|--|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| <input type="checkbox"/> 3.1 มีการลดลงของค่า DAS28-ESR ≥ 1.2 หรือ | |
| <input type="checkbox"/> 3.2 DAS28-ESR 28 < 3.2 หรือ | |
| <input type="checkbox"/> 3.3 DAS28-ESR < 2.6 (โรคเข้าสู่ระยะสงบ) | |
| 4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา adalimumab ได้ | |
| 5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา adalimumab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| <input type="checkbox"/> 5.1 ตรวจพบการตั้งครรภ์ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้ | |
| <input type="checkbox"/> 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้ | |
| <input type="checkbox"/> 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อยเข้าสู่สถานะ low disease activity (DAS28-ESR ≥ 2.6) | |
| <input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ) | |

ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์
 ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
 เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
 เนื่องจาก.....
 ลงชื่อ.....วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มถึงงานคลังยาชั้น 2 โทร 1128
 ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

 ลงชื่อ.....วันที่.....

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....วันที่...../...../.....

4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
 เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
 เนื่องจาก.....
 ลงชื่อ.....วันที่.....
 5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ.....วันที่.....