

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab

เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (psoriatic 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 ☐ อื่นๆ.....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. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน ตามเกณฑ์ CASPAR criteria 2006	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมในข้อ 3.1-3.2	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> 3.1 axial involvement (spine หรือ sacroiliac joint) ที่มี BASDAI ≥ 4 หรือ ASDAS ≥ 2.1	
<input type="checkbox"/> 3.2 peripheral joint involvement ที่มีข้อบวม (swollen joint) ≥ 4 ข้อ *อนึ่ง dactylitis และ enthesitis 1 ตำแหน่งนับเป็น 1 ข้อ*	
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> 4.1 กรณีมี axial involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs ≥ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARD ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) ≥ 1 ชนิด นาน 3 เดือน	
<input type="checkbox"/> 4.2 กรณีมี peripheral joint involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs ≥ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARDs ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) ≥ 2 ชนิดรวมกัน นาน 3 เดือน	
<input type="checkbox"/> 4.3 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง	
<input type="checkbox"/> 4.4 มีข้อห้ามในการใช้ยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 อย่างมีนัยสำคัญ	
<input type="checkbox"/> 4.5 ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	
<input type="checkbox"/> 4.6 ต้องไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	

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 ผลประเมินกรณี axial involvement มีค่า BASDAI ลดลง ≥ 2 หรือ ASDAS ลดลง ≥ 1 หรือ	
<input type="checkbox"/> 3.2 ผลประเมินกรณี peripheral joint involvement มีการลดลงของค่า DAS28-ESR > 0.6	
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 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค	
<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. ส่งแบบฟอร์มที่งานคลังยาชั้น 2 โทร 1128

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

.....

ลงชื่อ.....วันที่.....

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

4. ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....วันที่.....

5. เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....วันที่.....