

กลุ่ม SGLT2 inhibitors (NED)

ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี HN.....

สิทธิการรักษา ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ชำระเงินเอง ☐อื่นๆ.....

☐ Dapagliflozin (10 mg/tab) (Forxiga®) ขนาดจำนวน.....เม็ด (ขนาดแนะนำ 10 mg pc OD)

☐ Empagliflozin (10 mg/tab) (Jardiance®) ขนาดจำนวน.....เม็ด (ขนาดแนะนำ 10-25 mg pc OD)

☐ Empagliflozin 10 mg + linagliptin 5 mg(Glyxambi®) ขนาดจำนวน.....เม็ด (ขนาดแนะนำ 1 tab OD)

ระดับน้ำตาลในเลือด.....mg/dl (วันที่.....) HbA1C.....% (ครั้งล่าสุด วันที่.....)

BMI =.....kg/m² eGFR mL/min/1.73m² (วันที่.....)

☐ 1.ข้อบ่งใช้ เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี eGFR > 45 mL/min/1.73 m² เหตุผลประกอบการใช้ (กรุณากรอกครบทุกข้อ 1, 2, 3)

☐ 1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย มะเร็งที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เช่น bed ridden (ต้องมีข้อนี้ทุกราย)

☐ 2. มีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง

() 2.1 ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 mg/dl หรือ HbA1C ≥ 6.5 -7% มีความเสี่ยงเกิด hypoglycemia

() 2.2 คนไข้เบาหวานที่มีภาวะ obesity (BMI ≥ 25.0 kg/m²)

() 2.3 ผู้ป่วยมี ASCVD โปรดระบุ.....

() 2.4 ผู้ป่วยมีประวัติ Heart Failure ร่วม โปรดระบุ.....

() 2.5 ผู้ป่วย CKD ที่มี ☐ eGFR < 60 mL/min/1.73 m² อย่างน้อย 2 ครั้ง ระบุ 1).....เมื่อ.....

2).....เมื่อ.....

☐ Ratio MALB/Crea ≥ 200 mg/g อย่างน้อย 2 ครั้ง ระบุ 1).....เมื่อ.....

2).....เมื่อ.....

() 2.6 ผู้ป่วย High risk indicator โดย อายุ > 55 ปี และ โรครวม 2 ข้อ ต่อไปนี้ ☐ HTN ☐ DLD ☐ Obesity
☐ smoking ☐ Ratio MALB/Crea ≥ 30 mg/g

() 2.7 ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง หรือแพ้ยา หรือมีข้อห้ามใช้ยารักษาเบาหวานชนิดอื่นๆ เช่น metformin, sulfonylurea, thiazolidinediones และ DPP-4 inhibitors โปรดระบุ.....และต้องส่งผู้ป่วยบันทึกประวัติแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาที่ห้องจ่ายยา (ออกบัตรแพ้ยา/Side effect)

☐ 3. ต้องไม่มีข้อห้ามทุกข้อของการใช้ยา

☐ ไม่เป็น DM type I

☐ ไม่เคยมี DKA

☐ ผู้ป่วยไม่ตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร

☐ ไม่มีภาวะ UTI (Screen UA ก่อนเริ่มใช้ยา)

☐ ไม่มี complicated UTI ขณะเริ่มใช้ยา

ระบุเหตุผลสั่งใช้ยา NED ในใบสั่งยา

a. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยา

b. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย

c. ไม่มียา ED ให้ใช้ แต่มีข้อบ่งชี้ตาม อย.

d. มี Contraindication ต่อผู้ป่วยหรือ D/I ต่อยาที่ได้รับ

e. ยา ED มีราคาแพงกว่า

f. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)

☐ 2. ข้อบ่งใช้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(กรุณากรอกครบทุกข้อ 1, 2)

☐ 1. มี EF (ECHO ล่าสุดเมื่อ.....) เท่ากับ..... %

☐ 2.1 มี eGFR ≥ 30 mL/minute/1.73 m² และ EF <40% (HFrEF) (Dapagliflozin) (อ้างอิงจากเอกสารกำกับยา Dapagliflozin)

☐ 2.2 มี eGFR ≥ 20 mL/minute/1.73 m² ในทุก EF (HFrEF, HFmrEF, HFpEF) (Empagliflozin) (อ้างอิงจากเอกสารกำกับยา Empagliflozin 18.8.2022)

☐ 3.ข้อบ่งใช้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี eGFR ระหว่าง 25 – 75 mL/minute/1.73 m² หรือ มี Ratio MALB/Crea อยู่ระหว่าง 200-5,000 mg/g

อย่างน้อย 2 ครั้ง (อ้างอิงจากเอกสารกำกับยา Dapagliflozin 19.10.2022)

ครั้งที่ 1 eGFR เท่ากับเมื่อ.....Ratio MALB/Crea เท่ากับ เมื่อ.....

ครั้งที่ 2 eGFR เท่ากับเมื่อ.....Ratio MALB/Crea เท่ากับ เมื่อ.....

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....(.....)

แพทย์เฉพาะทางผู้สั่งใช้ยา ด้าน.....วันที่...../...../.....