

(NED-เฉพาะ staffอายุรศาสตร์สาขาโลหิตวิทยา/โรคไต)

1. ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

Ward/ห้องตรวจ.....เตียง.....สิทธิการรักษา ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ/เบิกต้นสังกัด ☐ ประกันสังคม☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ข้าราชการ2. ข้อมูลประกอบการอนุมัติ ☐ อนุมัติ ใช้ครั้งแรก วันที่เริ่ม..... ☐ อนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป วันที่.....

<input type="checkbox"/> A. Myelodysplastic Syndrome (MDS)			<input type="checkbox"/> B. Chemotherapy induced anemia																				
A.1 ข้อมูลประกอบการอนุมัติ			B.1 ข้อมูลประกอบการอนุมัติ																				
ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์เบิกใช้จะต้องมีคุณสมบัติครบทั้ง 3 Criteria			ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อ																				
<input type="checkbox"/> 1. Symptomatic anemia หรือ Hb < 8 gm/dl <input type="checkbox"/> 2. MDS subtype ( ) 2.1 Refractory anemia (RA) ( ) 2.2 Refractory anemia with ringed sideroblast (RARS) ( ) 2.3 Refractory cytopenia with multilineage dysplasia (RCMD) ( ) 2.4 Refractory cytopenia with multilineage dysplasia and ringed multilineage dysplasia (RCMD-RS) ( ) 2.5 Refractory anemia with excess BLAST-I (RAEB-I) <input type="checkbox"/> 3. Serum erythropoietin level ≤ 500 MU/ml			<input type="checkbox"/> 1.1 มีภาวะเลือดจาง anemia Hct ≤ 30% (Hct.....%) วันที่..... หรือมีค่า Hb < 10 g/dl (Hb.....g/dl) วันที่..... <input type="checkbox"/> 1.2 ไม่ใช่สาเหตุจาก Hemolysis (Reticulocyte > 1 %) <input type="checkbox"/> 1.3 ไม่ใช่สาเหตุจาก Iron deficiency anemia (Ferritin<50ng/ml) <input type="checkbox"/> 1.4 ไม่ใช่สาเหตุจาก Renal insufficiency (GFR< 30ml/min) <input type="checkbox"/> 1.5 ผู้ป่วยไม่ได้รับ Chemotherapy ใน indication- adjuvant หรือเป็น Curative intent <b>Note:</b> ใช้กรณีผู้ป่วย breast, advanced head and neck, lymphoid, non-small cell lung และ cervical cancer ที่ได้รับ chemotherapy with non-curative intent																				
A.2 การประเมินรักษา (กรอกเฉพาะขออนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)			B.2 การประเมินรักษา (กรอกเฉพาะขออนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)																				
1. Criteria of response Hb เพิ่มขึ้นมากกว่า 1.5 g/dl ภายใน 2 เดือน หรือมีความต้องการเลือดลดลงกว่า 2 ถังต่อเดือนเมื่อเปรียบเทียบกับกรการรักษา			1) Target Hb Concentration 10-12 g/dl																				
Criteria ของการหยุดยา: 1) ไม่ได้ RESPONSE ตาม Criteria ในเวลา 3 เดือนครึ่ง 2) Hb ≥ 12 g/dl 3) แพ้ยารุนแรง			2) ประเมินผลที่ 4 และ 8 สัปดาห์หลังการรักษา																				
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรอกเฉพาะขออนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)			3) หาก Hb ไม่เพิ่มขึ้น (Hb increase < 1 g/dl) หลังการใช้ 8-9 สัปดาห์ ให้หยุดยา และให้ PRC Transfusion แทน																				
<table border="1"> <tr> <td>วัน/เดือน/ปี</td> <td>...../...../.....</td> <td>...../...../.....</td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			วัน/เดือน/ปี	...../...../.....	...../...../.....	Hb			จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน			<table border="1"> <tr> <td>วัน/เดือน/ปี</td> <td>...../...../.....</td> <td>...../...../.....</td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			วัน/เดือน/ปี	...../...../.....	...../...../.....	Hb			จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน		
วัน/เดือน/ปี	...../...../.....	...../...../.....																					
Hb																							
จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน																							
วัน/เดือน/ปี	...../...../.....	...../...../.....																					
Hb																							
จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน																							

## 3. ข้อมูลการใช้ยา

วันที่เริ่มส่งจ่าย..... Epoetin alfa 40,000IU/ml (Hemaplus-40000®) Sc.....vial ต่อ.....สัปดาห์ จำนวน.....เข็ม (ขนาดยาทั่วไป 40,000 IU q week ) : (ต้องมีแบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา และอนุมัติให้ใช้ไม่เกิน 2 เดือน)

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

กรณีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม ให้เสนอขออนุมัติต่อ

แพทย์เฉพาะทางผู้ส่งจ่ายยาด้าน.....วันที่...../...../.....

1.ความเห็นของแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงาน..... เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่...../...../.....	2.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เห็นควร [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่...../...../.....
---	---