

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม

ชื่อ-นามสกุล	HN	AN
--------------	----	----

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

[illegible]

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

**ข้อมูลประกอบการอนุมัติ กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
--	--

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึดตามเกณฑ์ modified New York criteria 1984	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
--	------------------------------	---------------------------------

3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ axial involvement (spine/sacroiliac joint) ที่มี BASDAI  $\geq 4$  หรือ ASDAS  $\geq 2.1$  [ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ]

4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
---	------------------------------	---------------------------------

☐ 4.1 ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs  $\geq 2$  ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARD ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses)  $\geq 1$  ชนิดนาน 3 เดือน

☐ 4.2 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง

☐ 4.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญ

5. ไม่เคยแพ้ยา infliximab รุนแรง หรือแพ้ส่วนประกอบที่เป็น murine protein	<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 infliximab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
--	--

□ 3.1 ผลประเมินค่า BASDAI ลดลง  $\geq 2$

□ 3.2 ผลประเมินค่า ASDAS ลดลง  $\geq 1$

4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา infliximab ได้

5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา infliximab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
--	------------------------------	---------------------------------

☐ 5.1 ตรวจพบการตั้งครุฑ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้

☐ 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้

☐ 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค

☐ 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ) .....

## ขนาดยา infliximab

ขนาดยาเริ่มต้น infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์ (ขนาดแนะนำ 3-5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม หยดเข้าหลอดเลือด)

ขนาดยาที่ใช้ต่อเนื่อง infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาทุก 8 สัปดาห์  
ระยะเวลาที่ให้ยาเริ่มต้นให้ยาดังตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

2. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....  
เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....  
ลงชื่อ.....วันที่.....

3. ส่งแบบฟอร์มทำงานคลังยาชั้น 2 โทร 1128  
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ลงชื่อ.....วันที่.....

4. ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....  
ลงชื่อ.....วันที่.....

5. เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ลงชื่อ.....วันที่.....