

แบบบันทึกประกอบการสั่งใช้ Denosumab injection โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Prolia[®]; pre-filled syringe 60 mg/ml (NED-เฉพาะ orthopedics&neurosurgery&nephrologist&rheumatologist staff)
 กรณารอกรายละเอียดให้ครบถ้วนในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 (2.1 และ 2.2) และส่งที่งานคลังยาชั้น 2

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล นาง/นางสาว/นายH.N.....AN.....อายุปี

ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ห้องตรวจ/Ward.....สิทธิการเบิก ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ ชำระเงินเอง

2. ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

2.1 ข้อบ่งชี้ยา Osteoporosis:

☐ Primary indication ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน และผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่มีข้อบ่งชี้ข้างล่างอย่างน้อย 1 ข้อ

() 1. ผู้ที่มีกระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง

() 2. ผู้ที่มีความหนาแน่นของกระดูกที่วัดด้วยเครื่อง axial DXA ที่กระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพก พบว่า T-score \leq -2.5

☐ Secondary indication ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนและผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่มีความหนาแน่นของกระดูกที่วัดด้วยเครื่อง axial DXA ที่กระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพกหัก พบว่า $-1.0 > \text{T-score} \leq -2.5$ ร่วมกับมีข้อบ่งชี้ข้างล่างอย่างน้อย 1 ข้อ

() 1. มีกระดูกหักอย่างน้อย 1 แห่งจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรงภายหลังอายุ 40 ปีในตำแหน่งหลักอื่น

() 2. ได้รับกลูโคคอร์ติคอยด์เป็นระยะเวลานาน

() 3. มีโรคกระดูกพรุนชนิดทุติยภูมิ

() 4. เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการประเมินด้วย FRAXTM

() 5. มีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป

() ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีหรือผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป

() มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 19 กก/ตร.ม.

() มีประวัติบิดาหรือมารดากระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน

() หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี

() สูบบุหรี่เป็นประจำ

() ดื่มสุราเป็นประจำ

Lab วันที่..... (แบบผล DXA) T score($<$ - 2.5)

2.2 เกณฑ์ประกอบการสั่งใช้

1. ระดับ Calcium mg/dl (เจาะเมื่อ.....)(ค่าปกติ 8.6-10.2 mg/dl) และได้รับ Calcium carbonate อย่างน้อย 1,000-1,500 มิลลิกรัม และวิตามินดี \geq 800 IU/วัน

ใช่

ไม่ใช่

☐☐

2. ระดับ 25-hydroxyvitamin D concentration \geq 20 ng/ml (เจาะเมื่อ.....)

☐☐

อนุมัติเมื่อตอบ “ใช่” ในข้อ 1-2 และข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง

1) ไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม Bisphosphonates (Alendronate/vit D3; Fosamax plus[®], Risedronate;

☐☐

Actonel[®]) ต่อได้เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โปรตีน.....

2) มีข้อห้ามใช้ยาในกลุ่ม Bisphosphonates ได้แก่ esophageal abnormality

☐☐

3) ใช้ยาในกลุ่ม Bisphosphonates \geq 2 ปี และมี BMD ลด \geq 3% เมื่อเปรียบเทียบ DXA baseline

☐☐

4) Osteoporosis ที่มี CLCr $<$ 30 mL/min

☐☐

ขนาดยาที่จะใช้ Sc 60 mg ทุก 6 เดือน จำนวน.....prefilled syringe (ขออนุมัติทุก 1 ปี)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และแนบสำเนาเวชระเบียนที่ระบุข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้น

ส่งเอกสาร คลังยา โทร 1125

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้.....วันที่.....

2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

3.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

4.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....