

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab

เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid 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  
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. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามเกณฑ์ ACR 1987 หรือ ACR /EULAR 2010	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ DAS28-ESR $\geq 5.1$	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> 4.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา csDMARDs แบบผสม $\geq 3$ ขนาน โดยต้องเป็นยา MTX 1 ขนาน และรับยาแต่ละตัว ในขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target dose) ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน	
<input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา csDMARDs ในข้อ 4.1 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง	
<input type="checkbox"/> 4.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา csDMARDs ในข้อ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญ	
5. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	<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 adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> 3.1 มีการลดลงของค่า DAS28-ESR $\geq 1.2$ หรือ	
<input type="checkbox"/> 3.2 DAS28-ESR 28 < 3.2 หรือ	
<input type="checkbox"/> 3.3 DAS28-ESR < 2.6 (โรคเข้าสู่ระยะสงบ)	
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 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อยเข้าสู่สถานะ low disease activity (DAS28-ESR $\geq 2.6$ )	
<input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ) .....	

ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์  
ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....  
เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ  
เนื่องจาก.....  
ลงชื่อ.....วันที่.....

4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ  
เนื่องจาก.....  
ลงชื่อ.....วันที่.....  
5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์  
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ  
ลงชื่อ.....วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มถึงงานคลังยาชั้น 2 โทร 1128  
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม  
.....  
ลงชื่อ.....วันที่.....