

# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต

(myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล

		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล .....	2. HN .....		
4. ลักษณะการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....		
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	6. วันเดือนปีเกิด ...../...../.....		
7. อายุ ..... ปี ..... เดือน	8. เลขประจำตัวประชาชน ..... 9. รหัสโรงพยาบาล .....		
10. ได้รับ pre-authorization และ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number .....		
12. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม	13. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร		

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อ่อนเพี้ยนในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบร่วมเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบ		
3.1 ต้องมีการหายใจลำเหลวซึ่งมีสาเหตุจากบังลมหรือกล้ามเนื้อรหัสที่โครงอ่อนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
A มีหมัดตาตก เห็นภาพช้อน หรือการกลอกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B มีอาการเกี่ยวน้ำเหลืองกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซีก (facial palsy, bulbar weakness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D มี fluctuation of weakness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สำหรับผู้อนุมัติ 1.  ใช่ 2.  ใช่ 3.1  ใช่ และ 3.2  ใช่ (ข้อ A, B, C, D อย่างน้อย 1 ข้อ)

3.3 ผลทางปฏิบัติการหรือประวัติการวินิจฉัย MG

E มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายแรง (MG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F Prostigmine test (ระบุผล) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G Repetitive nerve stimulation test (ระบุผล) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H Single-fiber electromyography (SFEMG) (ระบุผล) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สำหรับผู้อนุมัติ E  ใช่ หรือ มีผลข้อ F, G หรือ H ข้อใดข้อหนึ่งให้ผลบวก

## 4. ขนาดและวิธีการใช้ยา

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ขนาดยา IVIG ทั้งหมดที่ใช้ ..... กรัม

คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... กรัม/กิโลกรัม (ขนาดยา IVIG ที่แนะนำ ไม่เกิน 2 กรัม/กิโลกรัม

ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ..... / ..... / ..... วันที่เริ่มให้ยา วันที่ ..... / ..... / .....

**สำหรับผู้อนุมัติ ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์**

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ..... / ..... / .....

## ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... / ..... / .....