

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา voriconazole

ข้อบ่งใช้ใน invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp.,  
*Scedosporium (Pseudallescheria) spp.*

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญญัติยาแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก		อนุมัติยาไม่เกิน 14 วัน (ทั้งชนิดกินและฉีด)	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล ...../...../25.....	
ชื่อ..... สกุล.....		เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
อายุ.....ปี.....เดือน		เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
H code.....HN.....		AN.....	
สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> สปสช.		<input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> กรมบัญชีกลาง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  ใช่  ไม่ใช่
- โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย  
 ไม่มี  มี ระบุ.....
- ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)  ปอด  ไชนัส  สมอ  อื่นๆ (ระบุ).....
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค invasive aspergillosis ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้  ใช่  ไม่ใช่
  - ตรวจพบเชื้อรา แบบ dichotomous branching septate hyphae โดยการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อมีวิธีการ aseptic technique  ใช่  ไม่ใช่
  - เพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ  ใช่  ไม่ใช่
  - มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด invasive fungal infection ร่วมกับอาการทางคลินิกที่เข้าได้โดยความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้  ใช่  ไม่ใช่
    - ภาพ X-ray หรือ CT scan หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive pulmonary aspergillosis ร่วมกับมีข้อห้ามในการ เจาะ ดูด หรือตัดชิ้นเนื้อ มาตรวจย้อมและเพาะเชื้อ  ใช่  ไม่ใช่
    - ตรวจพบ septate hyphae หรือเพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่งตรวจที่เก็บด้วยวิธี aseptic technique ระบุสิ่งส่งตรวจ ..... วิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ .....  ใช่  ไม่ใช่
    - ผลตรวจ galactomannan ของเลือด หรือ น้ำ bronchoalveolar lavage ให้ผลบวก  ใช่  ไม่ใช่  
ระบุ สิ่งส่งตรวจ  เลือด ค่าผลการตรวจ galactomannan .....  
 น้ำ bronchoalveolar lavage (BAL) ค่าผลการตรวจ galactomannan .....

5. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp., หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้  ใช่  ไม่ใช่
- 5.1 ตรวจพบสายรา septate hyphae และมีการทำลายเนื้อเยื่อร่วมด้วยจากการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อ  ใช่  ไม่ใช่
- 5.2 ตรวจพบสายราจากการตรวจย้อมสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อมาด้วยวิธีการ aseptic technique และเพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp.  ใช่  ไม่ใช่
- 5.3 เพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. จากเลือด  ใช่  ไม่ใช่
6. รูปแบบของยา voriconazole ที่ต้องการใช้  ชนิด กิน  ชนิด ฉีด  
ขนาดยาต่อวัน .....มก.

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ .....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(.....)

ลงชื่อ .....

ว .....

(.....)

ว .....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Voriconazole

ข้อบ่งใช้ใน invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp.,  
*Scedosporium (Pseudallescheria) spp.*

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งที่ 2, 3, 4 อนุมัติยา 28 วัน และกรณีหยุดการใช้ยา ให้กรอกแบบฟอร์มประเมินการรักษาทุกครั้ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	วันเดือนปีที่ส่งข้อมูล	...../...../.25.....
ชื่อ..... สกุล.....	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
อายุ.....ปี.....เดือน	เลขที่ประจำตัวประชาชน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hcode.....HN.....AN.....		
สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> กรมบัญชีกลาง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

- อาการทางคลินิกดีขึ้นและ/หรือรอยโรคในภาพรังสีดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ ตามเป้าหมาย  ใช่  ไม่ใช่  
ระบุ วันเดือนปีที่ขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก ...../...../.25.....
- ลักษณะผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์ในการยุติการใช้ยา voriconazole  
 ใช่ (เลือกข้อ 2.1-2.7 อย่างน้อยหนึ่งข้อ)  ไม่ใช่
  - ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ และครบระยะเวลาการรักษาแล้ว
  - ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
    - อาการทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือผลเพาะเชื้อในเลือดหรือสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อขึ้นเชื้อต่อเนื่อง
    - ทราบว่าเชื้อดื้อต่อยา voriconazole จากผลเพาะเชื้อ
  - ไม่มีผลการตรวจ CT หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive aspergillosis และ ผลการตรวจ galactomannan เป็นลบ
  - สามารถใช้ยาต้านเชื้อราชนิดอื่นในการรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า
  - ไม่ใช่โรคติดเชื้อจาก *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium (Pseudallescheria) spp.*
  - มีผลข้างเคียงจากยา voriconazole ระดับ 3-4  
ระบุผลข้างเคียง  ผื่นแพ้ยา  ตับอักเสบ  
 การมองเห็นผิดปกติ  อื่นๆ.....
  - สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
- รูปแบบของยา voriconazole ที่ต้องการใช้ (อย่างไรอย่างหนึ่ง)
  - ชนิด กิน ขนาดยาต่อวัน .....มก.
  - ชนิด ฉีด ขนาดยาต่อวัน .....มก.

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว .....