



แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา micafungin

ข้อบ่งใช้ ใช้เป็นยารักษา invasive candidiasis ที่ดื้อยา fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้

(รายละเอียดการใช้ยาให้อ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา)

แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก วันที่/...../25.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□

เพศ □ ชาย □ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

H code HN

สิทธิการรักษา ○ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ประกันสังคม ○ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

○ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

2. ผู้ป่วยมีภาวะ invasive candidiasis ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

2.1 เป็น candidemia ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

2.2 มีการติดเชื้อที่อวัยวะอื่น ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

ตำแหน่งที่ติดเชื้อ (โปรดระบุ).....

3. เหตุผลของการขอใช้ยา

○ เชื้อ Candida ดื้อยา fluconazole (แบบหลักฐานประกอบ)

○ เชื้อ Candida มีความเสี่ยงสูงที่จะดื้อยา fluconazole เนื่องจาก

○ เป็น non-albicans Candida และมีประวัติใช้ยากลุ่ม triazoles มากกว่า 7 วันในระยะ 3 เดือน

○ ให้การรักษาด้วยยา fluconazole ไปแล้วนาน 5 วัน และยังมีผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อ

Candida อยู่

○ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

○ มีภาวะไตวาย (eGFR < 60 ml/min) (ทั้งนี้ต้องไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการทำ long term renal replacement therapy อยู่เดิม)

○ ผื่นแพ้ยา

○ มีผลข้างเคียงอื่นๆ รุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป แม้จะใช้การรักษาด้วยวิธีอื่นอย่างเต็มที่แล้ว

ระบุอาการไม่พึงประสงค์คือ วันที่ประเมิน/...../25.....

4. ขนาดยาที่ต้องการใช้.....มก./วัน ระยะเวลาใช้ยาที่คาดไว้วัน

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

(.....)

ลงชื่อ

ว

(.....)

ว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□ หรือ เลขที่ประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□-□□-□□
 เพศ ชาย หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
 H code HN
 สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

1. ประวัติการรับยาของผู้ป่วย
 - 1.1 ผู้ป่วยยังได้รับยา micafungin อยู่ ใช่ ไม่ใช่
 ระยะเวลาที่ได้รับยาจนถึงปัจจุบัน.....สัปดาห์.....วัน
2. การประเมินผลการรักษา
 - 2.1. อาการทางคลินิก ดีขึ้น คงเดิม
 - 2.2. มีผลการตรวจเพาะเชื้อจากเลือดหลังให้การรักษาด้วยยา micafungin ทำ ไม่ทำ
 ผลการเพาะเชื้อจากเลือดที่ขึ้นเชื้อ candida เป็นครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่...../...../.....
 ผลการเพาะเชื้อจากเลือดครั้งแรกที่ไม่ขึ้นเชื้อ candida เมื่อวันที่...../...../.....
 - 2.3. มีผลการตรวจเพาะเชื้อจากตำแหน่งที่ติดเชื้อ เมื่อวันที่...../...../..... บวก ลบ
 ตำแหน่งที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ (ระบุ).....
 - 2.4. มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นนอกจากกระแสเลือด ใช่ ไม่ใช่
 (หากใช่ โปรดระบุตำแหน่งที่มีติดเชื้อ).....
 - ผลการติดตามภาพรังสี
 - หายแล้ว ใช่ ไม่ใช่
 - ดีขึ้นแต่ยังคงมีลักษณะภาพรังสีที่แสดงว่ายังมีเชื้อติดอยู่ ใช่ ไม่ใช่
 หลงเหลืออยู่
3. การประเมินผลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยา micafungin ต่อเนื่อง
 - 3.1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ใช่ ไม่ใช่
 - 3.2. มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ใช่ ไม่ใช่
 และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้ ใช่ ไม่ใช่
 ระบุอาการไม่พึงประสงค์.....
 - 3.3 มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเชื้อไวต่อยา fluconazole ใช่ ไม่ใช่

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ
 (.....)
 ว

อนุมัติ ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว

สำหรับเจ้าหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเริ่มยาวันที่/...../..... หยุดยาเมื่อวันที่...../...../..... ระยะเวลาใช้ยาทั้งหมด.....วัน

เหตุผลที่หยุดยา

- รักษาหายขาด ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น
 มีผลข้างเคียงรุนแรง อื่นๆ (ระบุ).....