

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

แพทย์

	ใช่	ไม่ใช่
6.2 อายุกระดูก ปี ซึ่งล้าหน้าอายุจริงมากกว่า 1.0 SD ของอายุตามปฏิทินอย่างรวดเร็ว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3 การตรวจ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง		
6.3.1 กรณีเด็กชาย ได้รับการตรวจ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง (ต้องตรวจทุกราย) วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3.2 กรณีเด็กหญิง		
6.3.2.1 เริ่มมีอาการเมื่ออายุต่ำกว่า 7 ปีและได้รับการตรวจ MRI ของสมองและ ต่อมใต้สมอง วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3.2.2 เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากกว่า 7 ปี ตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติและได้รับการตรวจ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4 ผลการตรวจอื่น		
6.4.1 มีผลการตรวจ ultrasound pelvis ในเพศหญิง วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4.2 มีผลการตรวจอื่นๆ โปรตีนบรูรายละเอียด วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.การรักษาด้วย Leuprorelin acetate		
7.1 อายุผู้ป่วยที่เริ่มได้รับการรักษา ปี เดือน		
7.2 ขนาดยาครั้งนี้ ไมโครกรัม คิดเป็น ไมโครกรัม/กิโลกรัม ให้ด้วยวิธี <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC วันเดือนปีที่ให้ยา/...../..... ขนาดยาสะสมรวม ไมโครกรัม (ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ 100-150 ไมโครกรัม/กิโลกรัม IM หรือ SC ทุก 4 สัปดาห์ หลังจากใช้ยาไปแล้ว 3-6 เดือน หากขนาดยาดังกล่าวไม่สามารถลดระดับฮอร์โมนลงได้ (peak LH หลังฉีดยา 1-2 ชม. ควรน้อยกว่า 4-5 IU/L) ให้ปรับ ขนาดยาเพิ่มได้จนถึง 300 ไมโครกรัม/กิโลกรัม ทุก 4 สัปดาห์)		

สำหรับผู้อนุมัติ เกณฑ์การขออนุมัติการใช้ยา คือ

กรณีเด็กชาย

1. ใช่ 3.1 ใช่ 6.1 ใช่ 6.2 ใช่ 6.3.1 ใช่ และ 7.2 ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

กรณีเด็กหญิง

อายุต่ำกว่า 7 ปี 1. ใช่ 3.2 ใช่ 6.1 ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ 6.2 ใช่ 6.3.2.1 ใช่
และ 7.2 ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

อายุมากกว่า 7 ปี 1. ใช่ 3.2 ใช่ 6.1 ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ 6.2 ใช่ 6.3.2.2 ใช่
และ 7.2 ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง		วันเดือนปีที่ให้ยา	
(กรอกข้อมูลในส่วนนี้ทุกครั้งที่ให้ยากเว้นมีการกรอกข้อมูลในส่วน ก.)			
แพทย์		ใช่	ไม่ใช่
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร ความสูงเป้าหมาย เซนติเมตร		
	3. ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ยาต่อไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4. มีผลการตรวจ peak LH หลังฉีดยา 1-2 ชั่วโมง น้อยกว่า 4-5 IU/L (ถ้ามี) โปรตีน IU/L วันเดือนปีที่ตรวจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5. ผู้ป่วยควรได้รับการปรับขนาดยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	6. ขนาดยาครั้งนี้ ไมโครกรัม คิดเป็น ไมโครกรัม/กิโลกรัม ให้ด้วยวิธี <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC วันเดือนปีที่ให้ยา การให้ยาครั้งนี้ห่างจากครั้งก่อน สัปดาห์		
	7. ขนาดยาสะสมรวม ไมโครกรัม วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งแรก		
8. การรักษาจะครบกำหนด 1 ปีหลังการอนุมัติครั้งก่อนเมื่อใด (วัน/เดือน/ปี)			
<p>สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์</p>			

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 (.....)

.....
เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ
 วันที่

ผลการอนุมัติ

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่