

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน (psoriatic arthritis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. 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"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน ตามเกณฑ์ CASPAR criteria 2006	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมในข้อ 3.1-3.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 axial involvement (spine หรือ sacroiliac joint) ที่มี BASDAI \geq 4 หรือ ASDAS \geq 2.1		
<input type="checkbox"/> 3.2 peripheral joint involvement ที่มีข้อบวม (swollen joint) \geq 4 ข้อ อนึ่ง dactylitis และ enthesitis 1 ตำแหน่งนับเป็น 1 ข้อ		
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 กรณีมี axial involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs \geq 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARD ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) \geq 1 ชนิด นาน 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.2 กรณีมี peripheral joint involvement ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs \geq 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARDs ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) \geq 2 ชนิดร่วมกัน นาน 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.3 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง อย่างมีนัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
<input type="checkbox"/> 4.4 มีข้อห้ามในการใช้ยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 หรือ 4.2 อย่างมีนัยสำคัญ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
5. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab

เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน (psoriatic arthritis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 มิ.ย. 2566

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

			ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ	<input type="radio"/> ชาย	<input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....			
5. 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"/>			
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน		
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม		
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่นๆ		

		ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง	
		ใช่	ไม่ใช่
		วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> 3.1 ผลประเมินกรณี axial involvement มีค่า BASDAI ลดลง ≥ 2 หรือ ASDAS ลดลง ≥ 1		
	<input type="checkbox"/> 3.2 ผลประเมินกรณี peripheral joint involvement มีการลดลงของค่า DAS28-ESR > 0.6		
4.	ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา adalimumab ได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา adalimumab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> 5.1 ตรวจพบการตั้งครรภ์ และขณะนี้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
	<input type="checkbox"/> 5.2 ติดเชื้อรุนแรง และขณะนี้ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสมจนกลับมาใช้ยาต่อได้		
	<input type="checkbox"/> 5.3 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค		
	<input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

6. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. 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"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามเกณฑ์ ACR 1987 หรือ ACR /EULAR 2010	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ DAS28-ESR \geq 5.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา csDMARDs หมายถึง ผู้ป่วยผ่านการรักษาด้วยยา csDMARDs แบบผสม \geq 3 ขนาน โดยอย่างน้อย 1 ขนานต้องเป็นยา methotrexate และจะต้องได้รับยาแต่ละตัวในขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (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="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....
5. 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"/>	
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	
<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่พบสัญญาณและอาการของการติดเชื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 มีการลดลงของค่า DAS28-ESR ≥ 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา adalimumab ชั่วคราว และขณะนี้ประสงค์ขอลงกลับมาใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<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 ≥ 2.6)		
<input type="checkbox"/> 5.4 อื่น ๆ โปรด (ระบุ)		
6. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์		
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก
(non-systemic juvenile idiopathic arthritis: non-sJIA)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. 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"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. อายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป		
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก วันเดือนปีที่วินิจฉัย / / โดยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 เกณฑ์ International League of Associations for Rheumatology classification of JIA		
<input type="checkbox"/> 3.2 เกณฑ์ Classification criteria for JIA ซึ่งพัฒนาโดย Pediatric Rheumatology International Trials Organization International (PRINTO) Consensus		
4. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ข้ออักเสบ อย่างน้อย 1 ข้อ		
<input type="checkbox"/> 4.2 enthesitis อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง		
<input type="checkbox"/> 4.3 sacroiliitis		
<input type="checkbox"/> 4.4 มีภาวะม่านตาอักเสบ (uveitis)		
5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน หรือไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ของยามาตรฐาน อย่างน้อยตามเกณฑ์ข้อ 5.1 โดยอาจมีข้อ 5.2 ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ กล่าวคือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 5.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา NSAIDs ขนาดเต็มที่ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม csDMARDs ในขนาดรักษา ≥ 2 ชนิดในกรณีข้ออักเสบเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน หรือ ≥ 1 ชนิดในกรณี enthesitis/sacroiliitis/uveitis เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน หรือไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> 5.2 ไม่สามารถหยุดยา หรือไม่สามารถใช้ยา หรือไม่สามารถลดขนาดยาในกลุ่มสเตียรอยด์ และ/หรือ ไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มสเตียรอยด์		
6. กรณีโรคอยู่ในภาวะกำเริบ (active disease) คือ มีอาการทางคลินิก และ/หรือมีค่า ESR/CRP ผิดปกติ ยกเว้นในกรณีมีภาวะม่านตาอักเสบ (uveitis) ที่ไม่จำเป็นต้องมีค่า ESR/CRP ผิดปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ไม่เคยแพ้ยา adalimumab รุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ไม่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้		
<input type="checkbox"/> 9.1 24 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์		
<input type="checkbox"/> 9.2 20 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยน้อยกว่า 30 กิโลกรัม)		
<input type="checkbox"/> 9.3 40 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยตั้งแต่ 30 กิโลกรัมขึ้นไป)		
ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เกิน 2 คอร์สการรักษาตลอดชีวิต และในกรณีผู้ป่วยมีอาการ flare-up ให้นำเป็นการรักษา 1 คอร์สการรักษา		
10. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....		

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....
 วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา adalimumab
ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก
(non-systemic juvenile idiopathic arthritis: non-sJIA)

ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 (19 ม.ค. 67)
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

			ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ	<input type="radio"/> ชาย	<input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....			
5. 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"/>			
6. วัน/เดือน/ปีเกิด	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....	กิโลกรัม	
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม		
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

		ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ			
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา adalimumab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....			
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา			
โดยผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษา (responder) หมายถึง ผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้			
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ACR30		
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ACR70		
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยอยู่ในสถานะ Inactive Disease (IN) คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก ค่า ESR/CRP อยู่ในระดับปกติ และอยู่ภายใต้การรักษาด้วยยา adalimumab		
3.	สรุปผลการประเมินการรักษา		
	<input type="radio"/> stable disease to complete response <input type="radio"/> progressive disease		
4.	ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับยาในคอร์สการรักษาที่ 2*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	ขนาดยา adalimumab ที่ขออนุมัติใช้		
<input type="checkbox"/>	5.1 24 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกายหน่วยเป็นตารางเมตร/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์		
<input type="checkbox"/>	5.2 20 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยน้อยกว่า 30 กิโลกรัม)		
<input type="checkbox"/>	5.3 40 มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ (น้ำหนักของผู้ป่วยตั้งแต่ 30 กิโลกรัมขึ้นไป)		
โดยมีแนวทางการให้ยา adalimumab ร่วมกับการรักษามาตรฐาน จำนวน 1 คอร์สการรักษา ดังตาราง			
ในแนวทางกำกับการใช้ยา			
* ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เกิน 2 คอร์สการรักษาตลอดชีวิต และในกรณีผู้ป่วยมีอาการ flare-up			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

ให้นำเป็นการรักษา 1 คอร์สการรักษา

6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....