

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

### เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (ankylosing spondylitis)

(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"/>		
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
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึดตามเกณฑ์ modified New York criteria 1984	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มีดัชนีชี้วัดภาวะการอักเสบ axial involvement (spine/sacroiliac joint) ที่มี BASDAI $\geq$ 4 หรือ ASDAS $\geq$ 2.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4.1 ต้องไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs $\geq$ 2 ชนิดใน 3 เดือน และ csDMARD ขนาดเป้าหมายมาตรฐาน (standard target doses) $\geq$ 1 ชนิด นาน 3 เดือน		
<input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยไม่สามารถทนยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือไม่สามารถควบคุมด้วยการรักษาประคับประคอง		
<input type="checkbox"/> 4.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา NSAIDs หรือ csDMARDs ในข้อ 4.1 อย่างมีนัยสำคัญ		
5. ไม่เคยแพ้ยา infliximab รุนแรง หรือแพ้ส่วนประกอบที่เป็น murine protein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ไม่มีประวัติติดเชื้อ รวมทั้งการติดเชื้อซ้ำซาก (recurrent) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่      ไม่ใช่

7. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)  
 บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วันในครั้งแรก)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

### เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (ankylosing spondylitis)

(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 infliximab ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 3.1 ผลประเมินค่า BASDAI ลดลง $\geq 2$		
<input type="checkbox"/> 3.2 ผลประเมินค่า ASDAS ลดลง $\geq 1$		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา infliximab ได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ตอบเฉพาะกรณีผู้ป่วยเคยหยุดหรือขอพักการใช้ยา infliximab 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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

6. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาทุก 8 สัปดาห์
7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรคโครห์น (Crohn's disease) ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(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"/>		
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.	ผู้ป่วยอายุ 6 ปีขึ้นไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Crohn's disease มีเกณฑ์ครบทุกข้อดังนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> มีอาการเข้าได้กับโรค Crohn's disease หรือมีอาการลำไส้อักเสบเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวดท้อง ถ่ายเหลว หรือถ่ายเป็นเลือด		
	<input type="checkbox"/> มีแผลในลำไส้ และมีผลทางพยาธิที่เข้าได้กับโรค Crohn's disease		
	<input type="checkbox"/> มีการตรวจค้นเพื่อแยกโรคสาเหตุอื่น ๆ เช่น วัณโรค โรคติดเชื้อในลำไส้ โรคลำไส้อื่น ๆ		
4.	ผู้ป่วยเกณฑ์เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1	มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ ลำไส้ทะลุ ลำไส้ตีบ หรือ fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2	มีภาวะการอักเสบระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีเกณฑ์ครบทุกข้อ		
4.2.1	ค่า Activity score (CAI) ≥ 220 คะแนน หรือ Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI) score ≥ 30 คะแนน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ระบุค่า CAI เริ่มต้น =..... วัน/เดือน/ปีที่ผ่านมา...../...../..... ค่า CAI ปัจจุบัน =.....		
	ค่า PCDAI เริ่มต้น =..... วัน/เดือน/ปีที่ผ่านมา...../...../..... ค่า PCDAI ปัจจุบัน =.....		
4.2.2	ได้รับการรักษาด้วย steroid ร่วมกับ immunomodulators แล้ว และไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่      ไม่ใช่

- มีอาการอักเสบหลังจากได้ prednisolone อย่างน้อย 0.75 มก./กก./วัน (1 มก./กก./วัน ในเด็ก) หรือเทียบเท่า มานานกว่า 4 สัปดาห์ (steroids refractory disease) โดย  
ค่า CDAI ลดลงน้อยกว่า 100 คะแนน ในผู้ใหญ่ หรือ  
ค่า PCDAI ลดลงน้อยกว่า 12.5 คะแนน ในเด็ก
- มีอาการลำไส้อักเสบที่ไม่สามารถลด prednisolone ให้ต่ำกว่า 10 มก./วัน หรือ 0.25 มก./กก./วัน (ในเด็ก) หรือเทียบเท่า แม้ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมร่วมด้วยอย่างน้อย 3 เดือน(steroid dependent disease)
- มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ คือ ค่า CDAI มากกว่า 150 คะแนน หรือ เพิ่มขึ้นกว่าเดิมมากกว่า 100 คะแนน ในผู้ใหญ่ หรือค่า PCDAI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ในเด็ก  
ทั้ง ๆ ที่ได้รับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสม อย่างน้อย 3 เดือน (immunomodulators non-response disease)
- intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อการเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน (height for age)

5. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา

6. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)  
บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรคโครห์น (Crohn's disease) ที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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"/> |  |   |
| 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                                      |
|---|--------------------------|---|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>                       |
| 2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา infliximab   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>                       |
| วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....   |                          |   |
| ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา_ดังนี้  |                          |   |
| <input type="checkbox"/> 2.1 ผู้ใหญ่ ค่า CDAI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 คะแนนหรือลดลงมากกว่า 100 คะแนนจากก่อนการรักษา |                          |   |
| <input type="checkbox"/> 2.2 เด็ก ค่า PCDAI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนนหรือลดลงมากกว่า 12.5 คะแนนจากก่อนการรักษา   |                          |   |
| 3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>                       |
| 4. ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดหรือขอพักการใช้ยา infliximab ชั่วคราว   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>                       |
| ตั้งแต่วันที่/เดือน/ปี...../...../..... เนื่องจาก   |                          |   |
| <input type="checkbox"/> ตรวจพบการตั้งครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร   |                          |   |
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อรุนแรง   |                          |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....   |                          |   |
| 5. สรุปผลการประเมินการรักษา   |                          |   |
| <input type="checkbox"/> partial response   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> complete remission |

6. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา infliximab

8. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)  
บริหารยาทุก 8 สัปดาห์

9. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....

(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....



แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค Ulcerative colitis ในเด็กที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(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"/> ประกันสังคม	
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ		<input type="radio"/> อื่นๆ	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
	วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยอายุ 6-18 ปี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	มีอาการและลักษณะการส่องกล้องและพยาธิวิทยาที่เข้าได้กับโรค ulcerative colitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงมากโดยมี Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) score มากกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนน ระบุค่า PUCAI เริ่มต้น =..... วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ค่า PUCAI ปัจจุบัน =.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	ผู้ป่วยต้องเคยใช้และไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ corticosteroids หรือ steroids-refractory disease มี PUCAI score ลดลงน้อยกว่า 20 คะแนน หลังจากได้รับยา aminosalicylates (5-ASA) ขนาดเต็มที่ ร่วมกับได้รับยา prednisolone ขนาดยาอย่างน้อย 1 มก./กก./วัน (สูงสุด 60 มก./กก.) หรือเทียบเท่ามานานกว่า 4 สัปดาห์		
	<input type="radio"/> ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายา corticosteroids (steroid dependent disease) หรือไม่สามารลดขนาดยา prednisolone ให้ต่ำกว่า 0.25 มก./กก./วัน หรือเทียบเท่าแม้ได้รับยา aminosalicylates ขนาดเต็มที่ ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน		
	<input type="radio"/> immunomodulators non-response disease ได้แก่ มีอาการอักเสบกลับเป็นซ้ำ คือ ค่า PUCAI มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน แม้ได้รับยา aminosalicylates ร่วมกับยา immunomodulators ในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 เดือน		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
<input type="radio"/> intolerant ต่อยา มีผลข้างเคียงของยา corticosteroid หรือ immunomodulators ระดับความรุนแรง 3 ถึง 4 คือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการทำงานของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อการเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน (height for age)		
6. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม) บริหารยาเริ่มต้นที่สัปดาห์ที่ 0, 2, 6, และต่อด้วยทุก 8 สัปดาห์		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....		
(อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา infliximab

เงื่อนไข ข้อบ่งใช้โรค Ulcerative colitis ในเด็กที่รักษาด้วยยาพื้นฐานไม่ได้

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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"/> |  |   |
| 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                |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา infliximab   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....   |                       |                       |
| ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาดังนี้   |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> ค่า PUCAI น้อยกว่า 10 คะแนน หรือลดลงมากกว่า 20 คะแนนจากก่อนรักษา |                       |                       |
| 3. ไม่พบข้อห้ามใช้ตามแนวทางกำกับการใช้ยา  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาต่อด้วยยา infliximab                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> maintain remission   |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....  |                       |                       |
| 5. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยา infliximab                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ขนาดยา infliximab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม (..... มิลลิกรัม/กิโลกรัม)           |                       |                       |
| บริหารยาทุก ..... สัปดาห์   |                       |                       |
| 7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....                 |                       |                       |
- (อนุมัติให้ยาทุก 12 เดือน)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....