

# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา mercaptamine (cysteamine bitartrate)

## เงื่อนไข nephropathic cystinosis

### กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ..... สกกุล..... 2. เพศ  ชาย  หญิง  
 3. HN..... 4. รหัสโรงพยาบาล.....  
 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน            
 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../..... 7. อายุ.....ปี.....เดือน  
 8. สิทธิการรักษา  สปสช.  ประกันสังคม  
 สวัสดิการข้าราชการ  อื่น ๆ .....

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....

		ใช่	ไม่ใช่																				
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
2.	ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัย nephropathic cystinosis ด้วยอาการทางคลินิกร่วมกับผลทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
	2.1 การวัดระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาวที่สูงกว่าปกติ	<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ																				
	2.2 การตรวจพบ cystine crystal ที่กระจกตาด้วยการตรวจพิเศษ (slit lamp) โดยจักษุแพทย์	<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ																				
	2.3 การตรวจทางพันธุกรรมพบการกลายพันธุ์ที่ก่อโรคของสองแอลลีลของยีน CTNS	<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ																				
3.	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มการรักษา																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">ลำดับ</th> <th style="width: 35%;">รายละเอียด</th> <th style="width: 15%;">วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ</th> <th style="width: 20%;">ผลการตรวจ</th> <th style="width: 20%;">หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>ระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาว</td> <td>..../..../25....</td> <td>..... ul</td> <td>(ถ้ามี)</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Blood Urea Nitrogen (BUN)</td> <td>..../..../25....</td> <td>..... mg/ml</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Creatinine Clearance (Cr)</td> <td>..../..../25....</td> <td>..... mL/min</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ลำดับ	รายละเอียด	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ	1.	ระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาว	..../..../25....	..... ul	(ถ้ามี)	2.	Blood Urea Nitrogen (BUN)	..../..../25....	..... mg/ml		3.	Creatinine Clearance (Cr)	..../..../25....	..... mL/min			
ลำดับ	รายละเอียด	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ																			
1.	ระดับ cystine ในเม็ดเลือดขาว	..../..../25....	..... ul	(ถ้ามี)																			
2.	Blood Urea Nitrogen (BUN)	..../..../25....	..... mg/ml																				
3.	Creatinine Clearance (Cr)	..../..../25....	..... mL/min																				
4.	ขนาดยา mercaptamine (cysteamine bitartrate) ที่ขออนุมัติใช้ .....																						

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....