

ข้อบ่งใช้ Invasive candidiasis ที่ดื้อยา fluconazole หรือไม่สามารใช้ยา amphotericin B ได้

(อ้างอิงตาม ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561 ลงในราชกิจจานุเบกษา 19 ม.ค. 2561 หน้า 215-217)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยเลขประจำตัว 13 หลัก.....HN.....

สิทธิการเบิกยาชดเชย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม

ลำดับ	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
กรณีขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งแรก		วันเดือนปีที่เริ่มใช้ยา.....	
1	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) โรคประจำตัวผู้ป่วย <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	วินิจฉัยเป็น invasive candidiasis ตามเกณฑ์ พบว่าโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ตำแหน่งที่ติดเชื้อ..... ▪ วินิจฉัยจาก <input type="radio"/> การตรวจย้อม..... <input type="radio"/> การเพาะเชื้อ..... <input type="radio"/> ผลการตรวจชิ้นเนื้อ..... ▪ เป้าหมายในการรักษา <input type="radio"/> 2 สัปดาห์ <input type="radio"/> 4 สัปดาห์ <input type="radio"/> 8 สัปดาห์ <input type="radio"/> 12 สัปดาห์ <input type="radio"/> อื่น ๆ ระบุ..... ▪ เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ (โปรดเลือก <input type="radio"/>) <input type="radio"/> ดื้อยา fluconazole โดยมีข้อมูลข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ (โปรดเลือก <input type="radio"/> ต่อ) <input type="radio"/> มีผลทดสอบความไวของเชื้อ candida ยืนยันว่าคือดื้อยา fluconazole (เก็บหลักฐานไว้ในเวชระเบียน) หรือ <input type="radio"/> มีความเสี่ยงสูงที่จะคือดื้อยา fluconazole ได้แก่ เป็น non-albicans candida ร่วมกับมีประวัติใช้ยากลุ่ม triazoles มาก่อน > 7 วัน (ระบุวันที่.....) ภายใน 3 เดือน หรือ <input type="radio"/> ให้การรักษาด้วยยา fluconazole ไปแล้วนาน 5 วัน (ระบุวันที่.....) และยังมีผลเพาะเชื้อในเลือดชิ้นเชื้อ candida อยู่ (เก็บหลักฐานไว้ในเวชระเบียน) <input type="radio"/> ไม่สามารถให้ยา amphotericin B ได้ เนื่องจากเกิดหรือเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา amphotericin B ที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้ เช่น eGFR < 60 mL/min (ทั้งนี้ต้องไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการทำ long term renal replacement therapy อยู่เดิม) ผื่นแพ้ยา 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ขนาดยาและวิธีใช้ micafungin (ผู้ป่วยเด็ก คิดเป็นขนาดยา.....mg/kg/day)		

ข้อมูลสำหรับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

- กรอกแบบกำกับการใช้ยาครั้งแรก และครั้งต่อไปทุก 7 วัน
- กรณี candidemia ควรเพาะเชื้อจากเลือดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์จนกว่าจะได้ผลลบ กรณีติดเชื้ออวัยวะอื่น ให้เพาะเชื้อทุกครั้งที่มีการเจาะดูดสารคัดหลั่งหรือหนองจากตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ จนกว่าจะได้ผลลบ และประเมินการตอบสนองด้วยภาพรังสี

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....

.....

(.....)

(.....)

วันที่

วันที่

ลำดับ	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
กรณีขออนุมัติใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สองเป็นต้นไป		วันเดือนปีที่เริ่มใช้ยา..... ของครั้งที่	
1	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องใช้ micafungin ต่อไป ตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้		
	2.1 ระยะเวลาในการรักษายังไม่ครบสมบูรณ์ กรณี candidemia (อาการทางคลินิกดีขึ้นแต่ยังไม่หายขาด แนะนำให้ใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 14 วัน หลังผลเพาะเชื้อในเลือดเป็นลบ) กรณี deep organ infection (ให้ยานานกว่าลักษณะทางคลินิกหายไปและรอยโรคในภาพรังสีหายไปหรือเหลือน้อยที่สุดโดยทั่วไปประมาณ 4-12wk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเชื้อคือดื้อยา fluconazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.3 ผลการเพาะเชื้อจากเลือด หรือ ส่งส่งตรวจตำแหน่งอื่น ยังได้ผลบวก และยังคงตอบสนองต่อการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.4 ไม่พบผลข้างเคียงจากยาตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป หรือยังสามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ขนาดยาและวิธีใช้ micafungin (ผู้ป่วยเด็ก คิดเป็นขนาดยา.....mg/kg/day)		

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....

.....

(.....)

(.....)

วันที่

วันที่