

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Raltegravir (RAL) ในหญิงตั้งครรภ์

ข้อบ่งใช้: ใช้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก

(HIV-infected pregnant women who have high risk for Mother-To-Child HIV Transmission (MTCT))

แบบฟอร์มการขออนุมัติการใช้ยา

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

NAP No. D4-□□□□-□□□□□□

หรือเลขบัตรประชาชน (กรณีไม่มี NAP No.) □-□□□□-□□□□□□-□□-□

วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สวัสดิการพยาบาลข้าราชการ

อื่น ๆ ระบุ.....

ได้รับ post-authorization แล้ว Authorization Number.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ข้อมูลมารดา

1. หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ใช่ ไม่ใช่

2. อายุครรภ์..... สัปดาห์

3. ประวัติการกินยาต้านไวรัสในการตั้งครรภ์นี้

เคยกินยามาก่อน กรณาระบุสูตรยา..... วันที่เริ่มกินยา...../...../.....

ไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน

4. CD4 (ถ้ามี).....cells/mm³ วันที่ตรวจ...../...../.....

5. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้าเกณฑ์การใช้ยา Raltegravir เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารก

ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวี ในช่วงตั้งครรภ์นี้ และเริ่มยาต้านไวรัสที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์

เคยได้รับยาต้านเอชไอวีในช่วงตั้งครรภ์นี้มาก่อนแต่ระดับไวรัสในพลาสมา (plasma viral load) ที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 copies/mL

HIV plasma viral load.....copies/mL วันที่ตรวจ...../...../.....

6. ยาต้านไวรัสสูตรมาตรฐาน 3 ตัวที่จะใช้ร่วมกับ raltegravir (ระบุสูตรยา)

.....

ข้อมูลทารก

(หมายเหตุ: ขึ้นกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์พิจารณานำไปใช้ ไม่ขึ้นกับการอนุมัติการใช้ยา)

7. เลขบัตรประชาชนของทารก□-□□□□-□□□□□□-□□-□ หรือ HN.....

8. ทารกคลอดวันที่... / ... / เพศ ชาย หญิง
 ทารกคลอด มีชีวิต เสียชีวิต ระบุสาเหตุเสียชีวิต
9. อายุครรภ์ตอนคลอด สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดของทารก..... กรัม
10. Mode of delivery ทางช่องคลอด
 ผ่าท้องคลอดฉุกเฉิน (emergency C/S)
 ผ่าท้องคลอดนัดหมายล่วงหน้า (elective emergency C/S)
11. ประวัติ HIV plasma viral load หลังได้รับยา raltegravir เช่น ในวันคลอด (ถ้ามี)
 วันที่ตรวจ... / ... / ปริมาณไวรัสเอชไอวี..... copies/mL

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้าน RAL ในแม่ ไม่มี มี โปรดระบุ.....
- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้าน RAL ในลูก ไม่มี มี โปรดระบุ.....

สรุปผลการติดเชื้อเอชไอวีของทารก ทารกติดเชื้อเอชไอวี ทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวี
 ไม่สามารถสรุปได้ ระบุสาเหตุ.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

.....

(.....)

ว.....