

แบบตรวจสอบการเข้าเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะได้รับการสนับสนุนยา Delamanid

เกณฑ์	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1) มีผลยืนยันวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน		
1.1 เป็น XDR-TB		
1.2 เป็น difficult to treat RR-MDR/Pre XDR-TB		
2) ผ่านการอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อระดับประเทศ ในการใช้ยานี้		
3) ผู้ป่วยยินดีและสมัครใจรับการรักษาตามสูตรยา จนครบกำหนด พร้อมลงชื่อในแบบฟอร์มข้อตกลงการรักษาวัณโรคดื้อยา (หลังจากที่อนุมัติยาแล้ว)		
4) ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการรักษาโดยใช้ DOT เข้มขันตลอดการรักษา รวมทั้ง ยินยอมให้มีการเยี่ยมบ้าน		
5) ไม่มีข้อบ่งห้ามในการใช้ยา ตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา		
6) สามารถจัดหาทีมหรือมี ทีมสหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับการปรึกษาคณะผู้เชี่ยวชาญ		
7) มี แผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา		
8) มีผู้รับผิดชอบและรายงานความก้าวหน้าในการรักษาและการเฝ้าระวังเชิงรุก ด้านความปลอดภัยทางยาอย่างสม่ำเสมอ (aDSM) ต่อคณะผู้เชี่ยวชาญ ทุกเดือน		

แบบฟอร์มการขอรับการสนับสนุนยา (Delamanid Request form)

ชื่อศูนย์ XDR center (Hospital for consultation):
ชื่อโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย (Hospital for treatment):
ชื่อ รพ.สต.ที่ฉีดยาและทำ DOT ให้ผู้ป่วย (Sub-district Health Promotion Hospital for drug injection and DOT):

(2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Patient details):			
ชื่อ -นามสกุล (Name-Surname) :			
[] OPD case HN:		[] IPD case AN:	
เพศ (gender) [] ชาย (male) [] หญิง (female)	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (ID number) [] - [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] - [] [] [] []		
วันเดือนปีพ.ศ.ที่เกิด (date of birth) _ _ / _ _ / _ _ _ _	อายุ ณ วันที่เริ่มรักษา (age)..... ปี (year).....เดือน (month)		
สัญชาติ (nationality)	[] ไทย (Thai) [] อื่นๆ ระบุ (other specify).....		
ประเภทของการดื้อยา (classification of drug resistance)	[] MDR [] Pre-XDR [] XDR-TB [] อื่นๆ ระบุ (other specify)		
อวัยวะที่เป็นวัณโรค (organs with disease)	[] วัณโรคปอด (Pulmonary TB) โปรตรระบุ ICD10..... [] วัณโรคนอกปอด (Extra pulmonary TB) - ระบุตำแหน่ง (specify site)..... โปรตรระบุ ICD10.....		
HIV status	[] negative [] positive [] unknown		
น้ำหนัก (weight) กิโลกรัม (kg)	ความสูง (height) เซนติเมตร (cm)		
ประวัติการแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์ (history of drug allergy/ADR)	[] ไม่มี (No) [] มี (Yes, specify drug name & ADR) โปรตรระบุชื่อยาและอาการ		
ตั้งครรภ์ (pregnancy)	[] ไม่ใช่ (No) [] ใช่ (Yes) อายุครรภ์ (GA) สัปดาห์ (week)		
กำลังให้นมบุตร (breastfeeding)	[] ไม่ใช่ (No) [] ใช่ (Yes)		
ดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol drinking)	[] ไม่ใช่ (No) [] ดื่ม ≤ 1 เดือน (<1 month) [] ดื่ม ครั้งต่อสัปดาห์ (times per week)		
สูบบุหรี่ (smoking)	[] ไม่สูบ (No) [] สูบจำนวน <10 มวน/วัน (moderate smoker) [] สูบจำนวน >10 มวน/วัน (heavy smoker)		
ใช้สารเสพติด (drug abuse)	[] ไม่ใช่ (No) [] ใช่ (Yes) [] ไม่ทราบ (Unknown)		
โรคประจำตัวในปัจจุบัน (current underlying diseases)	[] ไม่มี (No) [] มี (Yes) (เลือกได้หลายข้อ choose more than 1 choice) ○ เบาหวาน (diabetes mellitus) ○ ความดันโลหิตสูง (hypertension) ○ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ○ โลหิตจาง (anemia) ○ ตับอักเสบ/ตับแข็ง (hepatitis/cirrhosis) ○ ไตเสื่อม (renal insufficiency) ○ ลมชัก (epilepsy) ○ จิตเวช (psychosis) ○ ภัยร่อยดัดผิดปกติ (thyroid dysfunction) ○ อื่นๆระบุ Other.....		

(3) ข้อมูลการใช้ยาอื่น ๆ หรือยาโรคประจำตัวจนถึงปัจจุบัน ยกเว้นยารักษาวัณโรค (current medications other than anti-TB drugs)					
รายชื่อยา (drug name)	ขนาดยา (มิลลิกรัมต่อวัน) dose (mg/day)	ความถี่, การให้ยา (frequency, route)	วันที่เริ่มยา start date	วันที่หยุดยา stop date	ยังใช้ต่อเนื่อง continue using
		... ครั้ง/วัน ... วัน/สัปดาห์ กิน/IM/IV	__/__/__	__/__/__	[]
		... ครั้ง/วัน ... วัน/สัปดาห์ กิน/IM/IV	__/__/__	__/__/__	[]
		... ครั้ง/วัน ... วัน/สัปดาห์ กิน/IM/IV	__/__/__	__/__/__	[]
		... ครั้ง/วัน ... วัน/สัปดาห์ กิน/IM/IV	__/__/__	__/__/__	[]
		... ครั้ง/วัน ... วัน/สัปดาห์ กิน/IM/IV	__/__/__	__/__/__	[]
		... ครั้ง/วัน ... วัน/สัปดาห์ กิน/IM/IV	__/__/__	__/__/__	[]
		... ครั้ง/วัน ... วัน/สัปดาห์ กิน/IM/IV	__/__/__	__/__/__	[]

Medical history since the first treatment until now (every visit particularly when changing of drug dose or item even for only one drug)

20 ตุลาคม 2569

แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่าย [Care plan]

กิจกรรม	หน่วยงาน/ตำแหน่ง	ผู้รับผิดชอบ		
		ชื่อ	หมายเลขมือถือ	อีเมล
ระดับเขต	สคร.			
ระดับจังหวัด	สสจ.....			
ระดับโรงพยาบาล				
ตรวจ AFB, เก็บเสมหะส่ง culture	รพ.....			
ตรวจ lab	รพ.....			
Chest Xray	รพ.....			
ตรวจ EKG	รพ.....			
ตรวจการมองเห็น การได้ยิน	รพ.....			
แพทย์ผู้ดูแลรักษา	แพทย์			
ดูแลเรื่องยาและการเฝ้าระวังเชิงรุก ด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา (active pharmacovigilance)	เภสัชกร			
ประสานงาน ติดตามความก้าวหน้า (คลินิกวัณโรค/เวชกรรมสังคม/เวช ปฏิบัติครอบครัว)	คลินิกวัณโรค			
	เวชกรรมสังคม			
	เวชปฏิบัติครอบครัว			
การดูแลด้าน IC	พยาบาล IC			
การดูแลด้านโภชนาการ	โภชนาการ			
การดูแลด้านสังคมสงเคราะห์	นักสังคมสงเคราะห์			
การดูแลด้านจิตใจ	นักจิตวิทยา			
อื่นๆ				
สถานที่ที่จัดยา				
สถานที่ที่ทำ DOT สำหรับยากิน				
ระดับชุมชนและครอบครัว				
สนับสนุน ดูแลต่อเนื่อง	อสม.			
	ผู้นำ/แกนนำชุมชน			
	ญาติ ระบุ.....			
	อื่นๆ ระบุ.....			
ส่งข้อมูลความก้าวหน้าให้กองวัณ โรคทุกเดือน				

รายการยารักษาวัณโรค ที่จะขอสนับสนุนจากสปสช.

☐ 1. Delamanid 50 mg

นำมาใช้ในสูตรยา ดังนี้ ระบุพร้อมระยะเวลา เช่น BDLLfxC 6 เดือน เป็นต้น

.....

มีข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ดังนี้ เช่น มีภาวะตั้งครรภ์ เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

ชื่อผู้บันทึก..... ตำแหน่ง

.....

สรุปมติผู้เชี่ยวชาญ

[] อนุมัติ ยาต่อไปนี.....

[] ไม่อนุมัติ เหตุผล.....

[] ขอข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้เชี่ยวชาญวัณโรคตื้อยา ที่ให้ความเห็นในครั้งนี้ คือ

.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

.....

โปรดส่งเอกสารฉบับนี้มายังกองวัณโรคอีก 1 ฉบับ เพื่อติดตามการรักษาในผู้ที่ได้รับยา Delamanid

หรือ e-mail: pharm.tb.thailand@gmail.com โทร 02-212-2279 ต่อ 1125 กลุ่มเภสัชกรรม

กองวัณโรค