**คำแนะนำการขอรับสนับสนุนยา XDR-TB Regimen กรณีที่ผู้ป่วย Admit ในโรงพยาบาล**

หลักเกณฑ์การขอรับสนับสนุนยาด้วยระบบ fast track ประกอบด้วย 3 ข้อดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรคมีผล culture เป็น **M. tuberculosis complex** หรือ molecular test เป็น **MTB detected**
2. มีผล LPA หรือ conventional DST เป็น XDR-TB

**สำหรับ Primary XDR-TB** ให้ repeat FL-LPA และ SL-LPA ยกเว้นเป็น high risk group (ไม่ต้อง repeat LPA)

1. ผู้ป่วยได้รับการ **admit** ในโรงพยาบาล

**ขั้นตอนการขอรับและสนับสนุนยารักษา XDR-TB ด้วยระบบ fast track**

1. บันทึกขอสนับสนุนยาโดย**พิมพ์**ในแบบฟอร์ม One page XDR request form **ให้ครบทุกข้อ**
2. ส่งแบบฟอร์มไปที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อเสนอการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขต อย่างน้อย 1 ท่าน ภายใน 48 ชม.
3. หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขต ผู้ประสานงานวัณโรคระดับเขตสำเนาแบบฟอร์มการขอสนับสนุนยา พร้อมทั้งระบุสูตรยาและขนาดยาที่ได้รับการอนุมัติ มาที่กองวัณโรค

นางสาวลัดดาวัลย์ ปัญญา โทรศัพท์ 081 8864760 email: Laddawan126@hotmail.com เพื่อจัดส่งยาให้โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ภายใน 48 ชม.ต่อไป

1. สอบถามข้อมูลยา เพิ่มเติมได้ที่เภสัชกรหญิงพิริยา เหรียญไตรรัตน์ โทรศัพท์ 089 6987607

email: piriya\_ji8@hotmail.com

1. หลังจากได้รับยาแล้ว ขอให้ทางโรงพยาบาล **ส่งข้อมูลตาม full form** ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วย เพื่อเตรียมความพร้อมของพื้นที่ต่อไป

|  |
| --- |
| (1) **หน่วยงานที่ให้การรักษาผู้ป่วย XDR-TB** (Responsible health facilities)  |
| ชื่อโรงพยาบาลที่เป็น XDR center (Hospital for consultation): |
| ชื่อโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน (Hospital for admission): |
| (2) **ข้อมูลผู้ป่วย** (Patient information) |
| **ชื่อ -นามสกุล** (Name-Surname) : .............................................. **อายุ** (age) ............ ปี **น้ำหนัก (weight)** ……….กก. **เพศ (sex)**  [ ] ชาย (male) [ ] หญิง (female) **สัญชาติ** [ ] ไทย (Thai) [ ] ไม่ใช่ไทย ( Non Thai) ระบุ.......................  |
| **โรคร่วม** [ ] HIV [ ] DM [ ] ตับ (liver disease).................. [ ] ไต (renal disease)................. [ ] อื่นๆ ........................ |
| **ประวัติการรักษาวัณโรค (previous TB Rx)** [ ] ไม่เคยรักษา (no) [ ] เคยรักษามาก่อน (yes) **ระบุสูตร เวลาตามลำดับ** |
| วันที่ ........................ ถึงวันที่ ..........................[ ] …. HRZE/… HR วันที่ ........................ ถึงวันที่ ..........................[ ] …. SHRZE/…. HRZE/…. HREวันที่ ........................ ถึงวันที่ ..........................[ ] …. Km Lfx Eto Cs PAS/ …. Lfx Eto Cs PASวันที่ ........................ ถึงวันที่ ..........................[ ] ระบุ................................................................................................วันที่ ........................ ถึงวันที่ ..........................[ ] ระบุ................................................................................................วันที่ ........................ ถึงวันที่ ..........................[ ] ระบุ................................................................................................วันที่ ........................ ถึงวันที่ ..........................[ ] ระบุ................................................................................................**ผลเสมหะ (AFB, culture) ช่วง 6 เดือนล่าสุด** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **ผลการทดสอบความไวของยาต้านวัณโรค (Drug susceptibility test)** |
| วันที่เก็บเสมหะ | ยาที่มีผล resistant | ยาที่มีผล susceptible | วิธีการตรวจ (method) | หน่วยตรวจ (Lab) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **อวัยวะที่เป็นวัณโรค** [ ] ปอด (Pulmonary TB) [ ] นอกปอด (Extrapulmonary TB) ระบุ......................................**ประเภทของ XDR-TB** [ ] new [ ] relapse [ ] TAF [ ] TALF [ ] TI [ ] other |

ขอรับสนับสนุนยาดังนี้

 [ ] XDR regimen ประกอบด้วย Capreomycin, Moxifloxacin, Linezolid, Clofazimine, Bedaquiline

 [ ] บางตัว คือ [ ] Capreomycin [ ] Moxifloxacin [ ] Linezolid [ ] Clofazimine [ ] Bedaquiline [ ] Delamanid

แพทย์ผู้รักษาชื่อ............................................ มือถือ................. ..............e-mail………..…………………..

เภสัชกร ชื่อ...............................,,,,................ มือถือ................................e-mail………………………….…

เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ชื่อ ............................. มือถือ........................,,,.....e-mail…………………….………

 วันที่ส่งข้อมูล ..................................................