

แบบประกอบการสั่งใช้ยา Voriconazole 200 mg Tablet  
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

ข้อบ่งใช้ใน invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ  
*Fusarium spp.*, *Scedosporium spp.*(*Pseudallescheria*)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางการกำกับการใช้ยา จ(2) Voriconazole ตามบัญชียาหลังแห่งชาติ)

1. ข้อมูลผู้ป่วย

- 1.1 ชื่อผู้ป่วย..... HN/AN.....อายุ.....ปี สิทธิการรักษา.....  
1.2 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill  ไม่ใช่  ใช่ (ไม่อนุญาติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

2. ขออนุมัติใช้ครั้งที่ 1, 2, 3, 4, ..... (อนุญาติยาไม่เกิน 14 วัน(สำหรับIPD) 28 วัน (สำหรับOPD))

3. เกณฑ์การใช้ยา โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ได้รับการวินิจฉัย invasive fungal infection ดังนี้
- เชื้อราที่ก่อโรค  *Aspergillus spp.*  *Fusarium spp*  *Scedosporium (Pseudallescheria) spp.*
  - ตำแหน่งติดเชื้อ.....
  - ลักษณะการวินิจฉัย:  แน่นอน (Definite)  เป็นไปได้ (Probable)  น่าจะเป็น (Possible)
  - วินิจฉัยจาก:  
 การตรวจข้อม  การเพาะเชื้อ  ผลการตรวจชิ้นเนื้อ  
สิ่งส่งตรวจ..... วันที่ส่ง ...../...../.....  
 ภาพ CT scan หรือ MRI ของปอด ร่วมกับมีข้อห้ามในการตรวจข้อม, การเพาะเชื้อ, การตรวจชิ้นเนื้อ  
วันที่ส่ง ...../...../.....
- ผลตรวจ Serum galactomannan ให้ผลบวก ( $\geq 0.5$  OD index) วันที่ส่ง ...../...../..... หรือ  
Bronchoalveolar lavage (BAL) galactomannan ให้ผลบวก ( $\geq 0.7$  OD index) วันที่ส่ง ...../...../.....

4. เกณฑ์ประเมินการตอบสนองการรักษา

- ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา หมายถึง อาการทางคลินิกดีขึ้น และ/หรือ รอยโรคในภาพถ่ายรังสีดีขึ้น  
แต่ยังไม่สมบูรณ์ ตามเป้าหมาย

5. เกณฑ์การยุติการใช้ยา Voriconazole

- ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ และครบระยะเวลาการรักษาแล้ว
- ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตามเกณฑ์  $\geq 1$  ข้อ ดังนี้
1. อาการทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้น โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือผลเพาะเชื้อในเลือดหรือสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อขึ้นเชื้อต่อเนื่อง
  2. ทราบว่าเชื้อคือต่อยา Voriconazole จากผลเพาะเชื้อ
- มีผลข้างเคียงจากยา Voriconazole ระดับ 3-4 (ระบุผลข้างเคียง)
- ตื่นแพ้ยา  ตับอักเสบ  การมองเห็นผิดปกติ  อื่นๆ(ระบุ).....
- สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)

## 6. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา

วันที่เริ่มยา ...../...../..... น้ำหนัก..... kg ขนาดยาที่ใช้.....mg/day

ขนาดยาผู้ใหญ่: ขนาดยาที่แนะนำ 6 mg/kg ทุก 12 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก และถัดไปในขนาด 4 mg/kg ทุก 12 ชั่วโมง

ขนาดยาในเด็ก อายุ 2- 11 ปี: 9 mg/kg/dose (Maximum dose = 350 mg) ทุก 12 ชั่วโมง

### ปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคตับ

- Child Pugh class A-B: ไม่ต้องปรับขนาดยา Loading dose, ลด Maintenance dose 50 %
- Child Pugh class C: ไม่แนะนำให้ใช้ยา เนื่องจากไม่มีข้อมูล

ปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต: CrCl < 50 ml/min : ใช้ยารูปแบบรับประทานได้

การขออนุมัติครั้งที่ 1 , 2 , 3 , 4 ,..... (ไม่เกิน 14 วัน(IPD) 28 วัน (OPD))

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....

ปรึกษา Staff.....(รับทราบยินยอมให้ใช้ยาได้)

วันที่...../...../.....

วันที่ ...../...../.....

---

### หมายเหตุ

- เบิกใช้ได้เมื่อปรึกษา Staff รับทราบยินยอมให้ใช้ยาได้
- แพทย์ต้องกรอกใบประกอบการใช้ยาทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา
- ถ้ายังไม่มีใบประกอบการใช้ยากลุ่มงานเภสัชกรรมอนุ โลมจ่ายยาให้ก่อนสำหรับ วัน 14 แรก
- การประเมินด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาภายใน 14 วันหลังได้รับยา

นิยาม Terminally ill หมายถึง ผู้เป็นโรคที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด และแพทย์ผู้ดูแลพิจารณาว่ามีความรุนแรงของโรคในระดับที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง หรือชัดเจนว่าใกล้จะเสียชีวิต (Moribund stage) ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาด้วยยาหรือการรักษาประคับประคองชนิดอื่นแทน พร้อมการวางแผนการรักษานั้นปลายชีวิตที่เหมาะสม โดยมุ่งหวังแค่ลดความเจ็บปวด และไม่ทรมาน  
เงื่อนงำ