



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ (อุบลราชธานี) ส่วนอำนวยการ โทร.๐ ๔๕๓๑ ๑๖๗๗ ต่อ ๓๓๓

ที่ ทส ๐๔๑๔.๑๐๓/ ๕๕๕๕

วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรง

เรียน ผู้อำนวยการส่วนทุกส่วน

หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน

หัวหน้าศูนย์ทุกศูนย์

สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ (อุบลราชธานี) ขอส่งสำเนาหนังสือกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ที่ ทส ๐๔๐๑.๕๐๑/ว ๙๒๖๖ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรง มาเพื่อทราบ

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙

๑. เรียน นางสาวสุวิมล สิริแสง
-เห็นควรขอพรในเคส-นส.
ทางพท. dmpa.ubon.com.
-เห็นควรพิจารณา

(นางเจริญพร จิรมงคลการ)
พนักงานธุรการ ส.3

๒. ทราบ
ดำเนินการตามเสนอ

- 15 พ.ค. ๖๗

(นางนพมาศ แก้วพรมชัย)
นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการ
หัวหน้าศูนย์สารสนเทศและการสื่อสาร



มท.บ.ช. ๑ /

ส่วนราชการ	๒๖๖
เลขที่รับ	
วันที่รับ	- 9 พ.ค. 2567
เวลา	

สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ (อุบลราชธานี)	
เลขที่รับ	
วันที่	- 9 พ.ค. 2567
เวลา	

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช สำนักบริหารงานกลาง โทร. ๐ ๒๕๖๑ ๐๗๗๗

ต่อ ๑๑๘๒ โทรสาร ๐ ๒๕๖๑ ๔๘๔๐

ราชการเงินและบัญชี

ที่ ทส ๐๔๐๑.๕๐๑/ว ๙ ๒ ๖ ๖

วันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ส่วนอำนวยการ

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรง

- เรียน รองอธิบดีกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ทุกท่าน
 ผู้ตรวจราชการกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ทุกท่าน
 ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก
 ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๑ - ๑๖
 ผู้อำนวยการกองทุกกอง
 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่า
 ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์สาขาทุกสาขา
 ผู้อำนวยการสำนักงานผู้ตรวจราชการกรม
 ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการปลูกป่าและฟื้นฟูป่าต้นน้ำ
 ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
 ผู้อำนวยการศูนย์ควบคุมมาตรฐานการลาดตระเวนเชิงคุณภาพ (SMART PATROL)
 หัวหน้ากลุ่มงานจริยธรรม
 หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน
 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
 หัวหน้าศูนย์ราชการสะดวก กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช
 ผู้อำนวยการศูนย์ข่าวกรองอาชญากรรมสัตว์ป่า (WILDLIFE CRIME INTELLIGENCE CENTER)

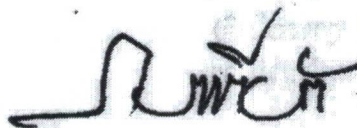
เลขที่รับ	396
วันที่รับ	9 พ.ค. 2567
เวลา	16:00

พนักงาน โทร. สบ.บ. 5373	
เลขที่รับ	
วันที่/เวลา	13 พ.ค. 2567
ส่งคืนแก้ไข	
บันทึก	

กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ขอส่งสำเนาหนังสือกรมบัญชีกลาง
 ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๒๒๘ ลงวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๗ เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรง มาเพื่อทราบ

อนึ่ง ท่านสามารถเปิดดูและดาวน์โหลดเอกสารได้ทาง <http://finance.dnp.go.th/หนังสือเวียน/>
 ฝ่ายบริหารทั่วไป ๒๕๖๗ หากมีข้อสงสัยสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร. ๐ ๒๕๖๙ ๖๖๖๖, ๐ ๒๕๖๑ ๐๗๗๗
 ต่อ ๑๑๘๗ ฝ่ายตรวจสอบ

☒ สอภ.	☐ สอช.	☐ กกม.
☐ สอท.	☐ สสป.	☐ ศทส.
☐ สฟป.	☐ สตม.	☐ สปร.
☐ สฟอ.	☐ กวช.	☐ สปส.
☐ ศคส.		



(นายทรงเกียรติ ดาตะยานนท์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ

"No Gift Policy ทส. โปร่งใสและเป็นธรรม"

NO. RNO. 9

- 1500 மகாநகரம்

- ควบคุมการขยายตัวได้ทั้งด้านขนาดและ

W 0901.5016 9266 02. 9WA. 67

1501 นวัตกรรมที่คิดค้นโดยฝ่ายบริหารตลาด

ສິນທັງໝົດປ່າໄມ້ໄດ້ປ່າໄຂດ

— ทิศทางหน้า | วันที่ ๑๕/๑๒/๒๕๖๓ | หน้า ๑

29160800

- ឆែតអ្នកកំណត់ការងារ

(นางวนิดา ชันสัมฤทธิ์)

พนักงานการเงินและบัญชี ส ๕

13 W.A. 2567

นางเกษแก้ว นีรนาบสกุลพงศ์

หัวน้ำผ่ายการเงินและบัญชี

13 W.A. 2567

13 mo. 67.

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

ผู้อำนวยการส่วนราชการ

๑. คำเนิบบการ

• **ကဏ္ဍကဏ္ဍ**

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๘

สำนักบริหารงานกลาง
เลขที่รับ 13588
วันที่ ๒๖ เม.ย. ๒๕๖๑
เวลา 10.๒4 น.



เลขที่รับ 2305
วันที่ ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๑
เวลา 14.54 น.

ส่วนการคลัง/ค.จ.
เลขที่รับ 5387
วันที่ ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๑
เวลา 10.๐3
กรมบัญชีกลาง
ถนนพระรามที่ ๖ กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

สำนักงานบริหารทั่วไป
เลขที่รับ 1039
วันที่รับ ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๑
เวลา 15.25

๒๕ เมษายน ๒๕๖๑

หลักการเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรง

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน
ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ

- อ้างถึง ๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๓๔ ลงวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๑
๒. หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๒๑ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๐

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการเบิกจ่ายค่ายา Biologic สำหรับรักษาโรคติดเชื้อรุนแรง (ยา Omalizumab
ยา Benralizumab และยา Dupilumab)
๒. แบบฟอร์มคำกับการใช้ยา

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ และ ๒ กรมบัญชีกลางกำหนดให้รายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา
และยาประเภทอื่น ๆ ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้ จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้า
ระบบ Prior Authorization (PA) หรือกรอบรายการยา แล้วแต่กรณี ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า ปัจจุบันมียาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรง
ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนยาใหม่กับ อย. ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นมา
ประกอบด้วยยา Benralizumab และยา Dupilumab ดังนั้น เพื่อให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวสามารถเข้าถึงยา
ที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพภายใต้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้อง
กับการงบประมาณ กรมบัญชีกลางจึงได้ร่วมกับสมาคมวิชาชีพแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงที่สอดคล้องกับแนวเวชปฏิบัติขึ้น
โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ วรรคหนึ่ง (๑) และวรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจ
จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงเห็นสมควรดำเนินการ ดังนี้

๑. กำหนดให้การเบิกจ่ายค่ายา Omalizumab ยา Benralizumab และยา Dupilumab
สำหรับรักษาโรคติดเชื้อรุนแรง ต้องเป็นไปตามแนวทางการเบิกจ่ายค่ายาที่กรมบัญชีกลางกำหนด
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ทั้งนี้ ขอให้แพทย์ผู้ทำการรักษานั้นที่ข้อมูลของผู้ป่วยลงในแบบฟอร์ม
คำกับการใช้ยา และกับหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบจนกว่าการจัดทำระบบลงทะเบียนจะแล้วเสร็จ
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

สำเนาถูกต้อง

(นางธมกร ถายกนก)

เจ้าพนักงานธุรการ สำนักงาน

๒. กำหนด ...

e-mail ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๑

๒. กำหนดให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกจ่ายยา Omalizumab ยา Benralizumab และยา Dupilumab แทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น โดยการจัดทำข้อมูลเพื่อส่งเบิกจ่ายดังกล่าว ให้ถือปฏิบัติตามหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากกรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้ สำหรับการเบิกจ่ายยา Benralizumab และยา Dupilumab ในกรณีรักษาผู้ป่วยโรคอื่นนอกเหนือจากโรคที่กรมบัญชีกลางกำหนด ตามหนังสือฉบับนี้ จะไม่สามารถเบิกจ่ายจากทางราชการได้

๓. กรมบัญชีกลางร่วมกับสมาคมธุรกิจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จะดำเนินการกำกับและประเมินคุณภาพการรักษานักเรียนโรคหืดขั้นรุนแรง เพื่อให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหืดขั้นรุนแรงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ผู้มีสิทธิและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ส่ง สำนักบริหารงานกลาง

(นางสาวรัตนารณ รุทธิอง)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
หัวหน้าฝ่ายสารบรรณ
๒๕ เม.ย. ๒๕๖๗

ขอแสดงความนับถือ

(นางแพตริเซีย มงคลวนิช)
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายา
กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายา
โทร. ๐ ๒๐๒๐๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐
โทรสาร ๐ ๒๐๒๐๗ ๗๐๕๕๗
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabana@cgd.go.th

ส่ง ส่วนการคลัง

(นางสมสุข สัมฤทธิ์)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
สำนักบริหารงานกลาง
๒๖ เม.ย. ๒๕๖๗

ฝ่ายบริหารทั่วไป เวียน
ส่งฝ่ายตรวจสอบ

(นางอิสรา ไชยศรี)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนการคลัง
๒๕ เม.ย. ๒๕๖๗

สำเนาถูกต้อง

(นางนงกรณ์ ลาชนก)
เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน

ดมอสมกร

ดำเนินการ

๒๙/๔๖.๖๔

แนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายา Biologic สำหรับรักษาโรคหืดขั้นรุนแรง
(ยา Omalizumab ยา Benralizumab และยา Dupilumab)
(ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 228 ลงวันที่ 24 เมษายน 2567)

1. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยมีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 2 รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ที่พร้อมจะดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

2. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

2.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบทางเดินหายใจ หรืออายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 1

2.2 อายุรแพทย์ทั่วไปที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้เป็นแพทย์ผู้ดูแล ติดตามการรักษา และให้บริการการรักษาสผู้ป่วยโรคหืดขั้นรุนแรงที่ได้ยา Omalizumab ยา Benralizumab หรือยา Dupilumab ที่ส่งต่อจากอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบทางเดินหายใจ หรือ อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ ทั้งนี้ ให้เก็บบันทึกหลักฐานการส่งต่อ การรับคำปรึกษา และการตรวจรักษา ในการกำกับดูแลของอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ หรืออายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ที่เป็นผู้ส่งผู้ป่วยมา ให้พร้อมสำหรับการตรวจสอบ

3. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของโรค

3.1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดขั้นรุนแรง (severe asthma) และไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยยา inhaled corticosteroid ขนาดสูง ร่วมกับ long-acting beta-2 agonist ตาม GINA guideline step 5 มาเป็นระยะเวลา ≥ 6 เดือน

3.2 ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

3.2.1 ตรวจ spirometry พบ FEV1 ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของค่าปกติ

3.2.2 เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation) หรือ mechanical ventilatory support

3.2.3 มีอาการกำเริบอย่างรุนแรง (severe exacerbation) โดยผู้ป่วยต้องได้ systemic corticosteroid เทียบเท่า oral prednisolone ≥ 30 mg ติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ≥ 2 ครั้ง ต่อปี

3.2.4 มีประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (prednisolone) > 10 mg ต่อวัน ติดต่อกันนานเกินกว่า 30 วัน

4. เกณฑ์อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา

ผู้ป่วยโรคหืดรุนแรงที่มีเกณฑ์วินิจฉัยครบตามข้อ 3

4.1 อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา Benralizumab สำหรับโรคหืดขั้นรุนแรง ชนิดอีโอสิโนฟิลสูง (severe eosinophilic asthma) ใช้เป็นยาเพิ่มร่วมกับการรักษาเดิม (add-on maintenance treatment) ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

4.1.1 มีระดับ blood eosinophil ≥ 150 cell/ μ l

4.2 อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา Omalizumab สำหรับโรคหืดขั้นรุนแรง ชนิดภูมิแพ้สูง (severe allergic asthma) ใช้เป็นยาเพิ่มร่วมกับการรักษาเดิม (add-on maintenance treatment) ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ สำเนาถูกต้อง

(นางธรมกร ลาขนก)

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญการ



4.2.1 มีผลแสดง sensitization ต่อ antigen โดยวิธี skin prick test หรือ specific IgE

4.2.2 Total IgE ในเลือด มีระดับ 30 - 1500 IU/ml

4.3 อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา Dupilumab สำหรับโรคหืดขั้นรุนแรง ชนิดอีโอสิโนฟิลิกสูง (severe eosinophilic asthma) ใช้เป็นยาเพิ่มรวมกับการรักษาเดิม (add-on maintenance treatment) ในการรักษาโรคตามเกณฑ์วินิจฉัยนี้ ในผู้ป่วยที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

4.3.1 มีระดับ blood eosinophil ≥ 150 cell/ μ l และ/หรือ มีค่า FeNO ≥ 25 ppb

4.3.2 มีอาการผิวหนังอักเสบ (Atopic Dermatitis) ระดับปานกลางถึงรุนแรง และ/หรือ มีอาการริดสีดวงจมูก (nasal polyp) เป็นโรคร่วม

5. ข้อห้ามในการใช้ยา

5.1 เคยแพ้ยาอย่างรุนแรง

5.2 อยู่ในช่วงการตั้งครรภ์

6. ขนาดยาที่แนะนำ

ยา Biologic ที่เลือก ใช้ควบคู่กับยา ICS/LABA และ LAMA ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิม

6.1 พิจารณาให้ยา Omalizumab ขนาด 75 - 375 mg ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 2 - 4 สัปดาห์ โดยปรับขนาดตามน้ำหนัก และระดับ serum IgE

6.2 พิจารณาให้ยา Benralizumab ขนาด 30 mg ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 4 สัปดาห์ ใน 3 ครั้งแรก และหลังจากนั้นให้ทุก 8 สัปดาห์

6.3 พิจารณาให้ยา Dupilumab ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป ขนาดยาที่ใช้ 300 มิลลิกรัม ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 2 สัปดาห์

หมายเหตุ การเบิกจ่ายค่ายา Dupilumab ให้เบิกได้ 1 เข็ม ต่อการใช้จริง ยกเว้น กรณีเริ่มใช้ยาครั้งแรก ให้เบิกขนาด 200-มิลลิกรัม 2 เข็ม หรือ ขนาด 300 มิลลิกรัม 2 เข็ม หรือ 200 มิลลิกรัม และ 300 มิลลิกรัม อย่างละ 1 เข็ม

7. การประเมินผลการรักษา

7.1 ประเมินผลการรักษาและบันทึกในเวชระเบียนอย่างน้อยทุก 3 เดือน

7.2 ผู้ตอบสนองต่อการรักษา (responder) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกดีขึ้น โดยมีเกณฑ์การประเมินผลการรักษา ดังนี้

7.2.1 เกณฑ์การประเมินผลการรักษาในรอบแรกที่ 12 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา พิจารณาให้ยาต่อ และประเมินรอบถัดไปทุก 24 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การตอบสนองต่อยา ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- อาการหืดกำเริบเฉียบพลันลดลง $\geq$ ร้อยละ 50

- ลดขนาดยา corticosteroids ชนิดรับประทานได้โดยไม่ทำให้เกิดอาการผิดปกติ

- อาการควบคุมโรคหืด (asthma symptom control) ดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น อยู่ในระดับ controlled ตาม GINA guideline หรือ Asthma Control Test (ACT) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

7.2.2 เกณฑ์การประเมินผลการรักษาในรอบที่ 2 เป็นต้นไป ให้ประเมินทุก 24 สัปดาห์ หลังการประเมินครั้งสุดท้าย โดยมีเกณฑ์การตอบสนองต่อยา ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- อาการหืดกำเริบเฉียบพลันลดลง $\geq$ ร้อยละ 50

ถ้าไม่ถูกต้อง



(นางชมกร ทยากนก)

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน



- ลดขนาดยา corticosteroids ชนิดรับประทานได้ > ร้อยละ 80 หรือสามารถหยุดยา prednisolone โดยไม่ทำให้เกิดอาการที่ดื้อยา
- ตรวจ spirometry ผล FEV1 อยู่ในเกณฑ์ปกติ > ร้อยละ 80 predicted

ทั้งนี้ ขอให้แพทย์ผู้ทำการรักษามั่นใจข้อมูลของผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา และเก็บหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบจนกว่าการจัดทำระบบลงทะเบียนจะแล้วเสร็จ

8. เกณฑ์การหยุดยา ให้หยุดยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

8.1 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ได้แก่

8.1.1 ผู้ป่วยมีอาการที่กำเริบเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง จำนวนที่ดื้อกำเริบเฉียบพลันไม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้ยา

8.1.2 มีอาการควบคุมโรคที่ดื้อชนิด uncontrolled ตาม GINA guideline

8.2 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดรุนแรง

8.3 ผู้ป่วยอยู่ในระดับ controlled ตาม GINA guideline (ยกเว้นการตรวจสอบรวมกับค่า PEF variability < ร้อยละ 15 ให้ยาต่อเนื่องครบ 1 ปี แล้วให้หยุดยา



อำนาจถูกต้อง

(นางชนกร ลายกนก)

เจ้าหน้าที่งานธุรการ สำนักงาน

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Omalizumab
ข้อบ่งชี้สำหรับรักษาโรคหืดชนิดรุนแรง ชนิดภูมิแพ้สูง (severe allergic asthma)

1. ชื่อ	สกุล	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN	4. อายุ ปี	5. น้ำหนักตัว กิโลกรัม
6. ส่วนสูง เซนติเมตร	7. พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร	
8. สิทธิการมียา ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ อื่น ๆ		

เกณฑ์การส่งใบยาของโครงการ "ใช่" ครบทุกข้อ		ใช่	ไม่ใช่
ก. กรณีขอใช้ยาครั้งแรก วัน/เดือน/ปี ที่ให้ยา วัน/เดือน/ปี ที่วินิจฉัย /			
1. ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบทางเดินหายใจ/อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้		☐	☐
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่า เป็นโรคหืดชนิดรุนแรง (severe asthma) และควบคุมไม่ได้ด้วย ICS/LABA (uncontrolled ตาม GINA guideline step 5) มาเป็นระยะเวลา ≥ 6 เดือน วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ ICS/LABA /		☐	☐
..... ระบุชนิดของ Other controllers (ถ้ามี)			
3. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป		☐	☐
4. มีการตรวจสารก่อภูมิแพ้ ด้วยการตรวจทดสอบ skin prick test หรือ specific IgE ต่อสารก่อภูมิแพ้ในอากาศ (aero - allergen) ให้ผลบวก		☐	☐
5. มีระดับ serum total IgE (อยู่ระหว่าง 30 -1,500 IU/mL) ไม่ตรงรูป		☐	☐
6. ผู้ป่วยไม่ผ่านการควบคุมอาการหืดได้ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้			
6.1 ตรวจ spirometry พบ FEV1 < ร้อยละ 80 ของค่าปกติ ค่า FEV1 ร้อยละ วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ /		☐	☐
6.2 เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation) หรือ mechanical ventilatory support		☐	☐
6.3 มีอาการกำเริบอย่างรุนแรง (severe exacerbation) โดยต้องได้ systemic corticosteroids เทียบเท่า oral prednisolone ≥ 30 mg ติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป หรือ ≥ 2 ครั้ง ต่อปี		☐	☐
6.4 มีประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (Prednisolone) > 10 mg/วัน ติดต่อกัน > 30 วัน		☐	☐
ข. การประเมินผลการรักษา			
☐ กรณีใช้ยาครั้งแรก ประเมินผลที่ 12 สัปดาห์ (ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ให้ยาต่อเนื่องประเมินผลทุก 24 สัปดาห์)			
..... ระบุผลการประเมิน			
☐ กรณีใช้ยาต่อเนื่องครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ประเมินผลทุก 24 สัปดาห์			
การให้ยาครั้งนี้เป็นครั้งที่ วัน/เดือน/ปี ที่ให้ยา /			
..... ระบุผลการประเมิน			
ค. กรณีไม่เข้าเกณฑ์การหยุดยา ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้			
☐ มีอาการผิดปกติเรื้อรังแบบต่อเนื่อง จำนวนผิดปกติเรื้อรังแบบต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้ยา			
☐ uncontrolled ตาม GINA guideline			
☐ เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดรุนแรง			
☐ อยู่ในระดับ controlled ตาม GINA guideline (ยกเว้น ผลการตรวจสมรรถภาพปอด) ร่วมกับค่า PEV variability < 15% ให้ยาต่อเนื่องจน 1 ปี แล้วให้หยุดยา			

.....
 (นางธรรมากร ลาภอนุก)
 เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

.....
 (.....)
 วัน/เดือน/ปี

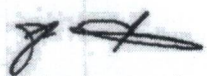


แบบฟอร์มสำหรับการใช้ยา Benralizumab
ข้อบ่งชี้สำหรับรักษาโรคหืดขั้นรุนแรง ชนิดอีโอซิโนฟิลสูง (severe eosinophilic asthma)

1. ชื่อ	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN	4. อายุ ปี
5. ส่วนสูง เซนติเมตร	6. น้ำหนักตัว กิโลกรัม
7. สหิการเบิก ☐ กระบี่นก ☐ อื่น ๆ	8. พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร

เกณฑ์การพิจารณาใช้ยา Benralizumab ว่า "ใช่" หรือ "ไม่ใช่"	ใช่	ไม่ใช่
ก. การมีข้อบ่งชี้โรคหืด		
1. ผู้ป่วยมีอาการของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจและการใช้ยา Benralizumab ตามแนวทางมาตรฐาน	☐	☐
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าโรคหืดขั้นรุนแรง (severe asthma) และควบคุมไม่ได้ด้วย ICS/LABA (uncontrolled ตาม GINA guideline step 5) มาเป็นระยะเวลา ≥ 6 เดือน	☐	☐
3. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป	☐	☐
4. มีระดับ blood eosinophil ≥ 150 cells/ μ l ภายใน 3 เดือน ก่อนการพิจารณาใช้ยา	☐	☐
5. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ ตามข้อ 1 ถึงข้อ 4 ดังต่อไปนี้	☐	☐
5.1 ตรวจ spirometry พบ FEV1 < ร้อยละ 80 ของค่าปกติ	☐	☐
5.2 เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation) หรือ mechanical ventilatory support	☐	☐
5.3 มีอาการกำเริบอย่างรุนแรง (severe exacerbation) โดยต้องใช้ systemic corticosteroids เช่น prednisolone ≥ 30 mg ติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป หรือ ≥ 2 ครั้ง ต่อปี	☐	☐
5.4 มีประวัติการใช้ยาเพริซอล (Prednisolone) > 10 mg/วัน ติดต่อกัน > 30 วัน	☐	☐
ข. การประเมินผลการรักษา		
☐ กรณีใช้ยา Benralizumab ประเมินผลที่ 12 สัปดาห์ (ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ให้ยาต่อเนื่องและประเมินผลทุก 24 สัปดาห์)		
☐ กรณีใช้ยา Benralizumab ประเมินผลที่ 2 ปีขึ้นไป ประเมินผลทุก 24 สัปดาห์		
การให้ยาครั้งนี้เป็นครั้งที่ วัน/เดือน/ปี ที่ให้ยา		
ค. การมีเงื่อนไขการพิจารณา		
☐ มีอาการกำเริบอย่างรุนแรงอย่างต่อเนื่อง จำนวนที่กำเริบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้ยา		
☐ uncontrolled ตาม GINA guideline		
☐ เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา Benralizumab		
☐ อยู่ในระดับ controlled ตาม GINA guideline (ยกเว้น ผลการตรวจสมรรถภาพปอด) ร่วมกับค่า PEF variability $< 15\%$ ใช้ยาต่อเนื่องครบ 1 ปี แล้วให้หยุดยา		

ดำเนินการถูกต้อง



(นางสมกร ราชกนก)

เจ้าหน้าที่งานธุรการ สำนักงาน

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

.....

วัน/เดือน/ปี

