**แบบคัดกรองเพื่อขอรับการสนับสนุนยาสูตร BPaLM ณ กองวัณโรค**

**BPaL(M)-01**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การเข้ารับการรักษา (Inclusion criteria) ด้วยสูตรยา BPaLM****(ทำเครื่องหมาย 🗹, ต้องตอบว่า ใช่)** | **ใช่** | **ไม่ใช่** | **ไม่ทราบ** |
| 1. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป (≥ 14 ปี) |  |  |  |
| 2. ผู้ป่วยมีผลยืนยันจากห้องปฏิบัติการ ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ตรวจพบการดื้อยาอย่างน้อย Rifampicin (MDR/RR-TB) ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา |  |  |  |
| 3. ผู้ป่วย ***ไม่*** เคยได้รับยาที่เป็นส่วนประกอบของ BPaLM (Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid, Moxifloxacin) เป็นเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ |  |  |  |
| 4. ***ไม่*** มีผล DST ที่ดื้อต่อยา Bedaquiline/Pretomanid/Linezolid/Moxifloxacin |  |  |  |
| 5. ผู้ป่วย ***ไม่*** มีอาการแพ้ยาที่เป็นส่วนประกอบของ BPaLM (Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid, Moxifloxacin)  |  |  |  |
| 6. ผู้ป่วย ***ไม่*** มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่ทราบของ BPaLM (Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid, Moxifloxacin) |  |  |  |
| 7. ***ไม่*** เป็นผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ต้องได้รับการรักษานานกว่าวัณโรคปอด เช่นวัณโรคระบบประสาทส่วนกลาง (CNS), osteoarticular, disseminated (miliary) |  |  |  |
| 8. ผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่า 35 กก. (≥ 35 กก.) |  |  |  |
| 9. ผู้ป่วย ***ไม่*** ตั้งครรภ์ |  |  |  |
| 10. ผู้ป่วย ***ไม่ได้*** อยู่ในช่วงให้นมบุตร |  |  |  |
| **□ เข้าเกณฑ์การรักษา แพทย์อนุมัติการใช้ยาสูตร BPaLM** | **□ ไม่เข้าเกณฑ์การรักษา** |

**แบบคัดกรองเพื่อขอรับการสนับสนุนยาสูตร BPaL ณ กองวัณโรค**

**BPaL(M)-01**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การเข้ารับการรักษา (Inclusion criteria) ด้วยสูตรยา BPaL****(ทำเครื่องหมาย 🗹, ต้องตอบว่า ใช่)** | **ใช่** | **ไม่ใช่** | **ไม่ทราบ** |
| 1. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป (≥ 14 ปี) |  |  |  |
| 2. ผู้ป่วยมีผลยืนยันจากห้องปฏิบัติการ ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ตรวจพบการดื้อยาอย่างน้อย Rifampicin และ Fluoroquinolone ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา |  |  |  |
| 3. ผู้ป่วย ***ไม่*** เคยได้รับยาที่เป็นส่วนประกอบของ BPaL (Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid) เป็นเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ |  |  |  |
| 4. ***ไม่*** มีผล DST ที่ดื้อต่อยา Bedaquiline/Pretomanid/Linezolid |  |  |  |
| 5. ผู้ป่วย ***ไม่*** มีอาการแพ้ยาที่เป็นส่วนประกอบของ BPaL (Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid)  |  |  |  |
| 6. ผู้ป่วย ***ไม่*** มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่ทราบของ BPaL (Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid) |  |  |  |
| 7. ***ไม่*** เป็นผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ต้องได้รับการรักษานานกว่าวัณโรคปอด เช่นวัณโรคระบบประสาทส่วนกลาง (CNS), osteoarticular, disseminated (miliary) |  |  |  |
| 8. ผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่า 35 กก.  |  |  |  |
| 9. ผู้ป่วย ***ไม่*** ตั้งครรภ์ |  |  |  |
| 10. ผู้ป่วย ***ไม่ได้*** อยู่ในช่วงให้นมบุตร (คำถามสำหรับ ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี) |  |  |  |
| **□ เข้าเกณฑ์การรักษา แพทย์อนุมัติการใช้ยาสูตร BPaL** | **□ ไม่เข้าเกณฑ์การรักษา** |

|  |
| --- |
| (1) หน่วยงานที่ให้การรักษา (Responsible health facilities) |
| ชื่อศูนย์ XDR center (Hospital for consultation): |  |
| ชื่อโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย (Hospital for treatment): |  |
| ชื่อ รพ.สต.ที่ฉีดยาและทำ DOT ให้ผู้ป่วย (Sub-district Heath 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) โปรดระบุ ICD10......................... [ ] วัณโรคนอกปอด (Extra pulmonary TB)  - ระบุตำแหน่ง (specify site)......................................... โปรดระบุ ICD10.........................  |
| HIV status | [ ] negative [ ] positive [ ] unknown |
| น้ำหนัก (weight) ........ กิโลกรัม (kg)  | ความสูง (height) ................ เซนติเมตร (cm) |
| ประวิติการแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์ (history of drug allergy/ADR)  | [ ] ไม่มี (No) [ ] มี (Yes, specify drug name & ADR) โปรดระบุชื่อยาและอาการ............................................................................................................................................................................. |
| 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) 🔿ธัยรอยด์ผิดปกติ (thyroid dysfunction) 🔿อื่นๆระบุ Other...………  |
| (3) ข้อมูลการใช้**ยาอื่นๆ หรือยาโรคประจำตัว**จนถึงปัจจุบัน 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 | \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_ | \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_ |  [ ]  |

**BPaL(M)-01**

**แบบฟอร์มการขอรับการสนับสนุนยา (Request form)**

|  |
| --- |
| **(1) หน่วยงานที่ให้การรักษา (Responsible health facilities)** |
| **ชื่อศูนย์ XDR center (Hospital for consultation):** |  |
| **ชื่อโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย (Hospital for treatment):** |  |
| **ชื่อ รพ.สต.ที่ฉีดยาและทำ DOT ให้ผู้ป่วย (Sub-district Heath Promotion Hospital for drug injection and DOT):** |  |

 **แบบฟอร์มการขอรับการสนับสนุนยา (Request form)**

**BPaL(M)-01**

|  |
| --- |
| (4) ประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่ม**รักษาวัณโรค**ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน (ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารพ. โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนขนาดยาหรือเปลี่ยนยาแม้เพียงตัวเดียวMedical history since the first treatment until now (every visit particularly when changing of drug dose or item even for only one drug) |
| วันเดือนปี(date)วันที่ส่งตรวจเสมหะและวันที่ได้รับผล | ข้อมูลทางคลินิกรวมผลภาพรังสีทรวงอก(ระบุว่าดีขึ้น/เหมือนเดิม/เลวลง) และผลการตรวจอื่นๆ เช่น ผลเลือด การ ได้ยิน การมองเห็น ECG (clinical data + CXR + other tests + ECG) | น้ำหนัก(กก.)(Bodyweight in kg) | AFB | การเพาะเชื้อและแยกชนิด(Culture&Identification) | การทดสอบความไวต่อยา ระบุวิธีและผล(DST method & result) | ยาที่ได้รับขนาดยาที่ได้รับต่อวัน(drug, mg/day) | ความสม่ำเสมอในการฉีด/กินยา การทำ DOTการขาดยา(adherence, DOT) | หมายเหตุ (note) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| วันเดือนปี(date)วันที่ส่งตรวจเสมหะและวันที่ได้รับผล | ข้อมูลทางคลินิกรวมผลภาพรังสีทรวงอก(ระบุว่าดีขึ้น/เหมือนเดิม/เลวลง) และผลการตรวจอื่นๆ เช่น ผลเลือด การ ได้ยิน การมองเห็น ECG (clinical data + CXR + other tests + ECG) | น้ำหนัก(กก.)(Bodyweight in kg) | AFB | การเพาะเชื้อและแยกชนิด(Culture&Identification) | การทดสอบความไวต่อยา ระบุวิธีและผล(DST method & result) | ยาที่ได้รับขนาดยาที่ได้รับต่อวัน(drug, mg/day) | ความสม่ำเสมอในการฉีด/กินยา การทำ DOTการขาดยา(adherence, DOT) | หมายเหตุ (note) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**BPaL(M)-01**

**แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่าย [Care plan]**

**BPaL(M)-01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  |  |  |
| **ดูแลเรื่องยาและการเฝ้าระวังเชิงรุกด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา** **(active pharmacovigilance)** | **เภสัชกร** |  |  |  |
| **ประสานงาน ติดตามความก้าว หน้า (คลินิกวัณโรค/เวชกรรมสังคม/เวชปฏิบัติครอบครัว)** | คลินิกวัณโรค |  |  |  |
| เวชกรรมสังคม |  |  |  |
| เวชปฏิบัติครอบครัว |  |  |  |
| การดูแลด้าน IC | พยาบาล IC  |  |  |  |
| การดูแลด้านโภชนาการ | โภชนากร |  |  |  |
| การดูแลด้านสังคมสงเคราะห์ | นักสังคมสงเคราะห์ |  |  |  |
| การดูแลด้านจิตใจ | นักจิตวิทยา |  |  |  |
| อื่นๆ |  |  |  |  |
| **สถานที่ที่ฉีดยา**  |  |  |  |  |
| **สถานที่ที่ทำ DOT สำหรับยากิน**  |  |  |  |  |
| **ระดับชุมชนและครอบครัว** |  |  |  |  |
| สนับสนุน ดูแลต่อเนื่อง | อสม. |  |  |  |
| ผู้นำ/แกนนำชุมชน |  |  |  |
| ญาติ ระบุ................ |  |  |  |
| อื่นๆ ระบุ................ |  |  |  |
| **ส่งข้อมูลความก้าวหน้าให้กองวัณโรคทุกเดือน** |  |  |  |  |

**จากการทบทวนประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต ยาที่น่าจะดื้อแล้ว**

**BPaL(M)-01**

**พิจารณาขอสนับสนุนยาจาก**

□ กองวัณโรค □ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ □อื่นๆ(ระบุ)

**รายการยารักษาวัณโรค ใหม่ที่จะขอการสนับสนุน**

□ BPaL □ BPaLM

**กรณีอนุมัติแล้ว ให้ระบุยาที่ใช้ในตาราง ต่อไปนี้**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อยา** | **วิธีใช้ยา (ระบุจำนวนเม็ดและความถี่)** | **ขอสนับสนุนจากกองวัณโรค** |
| 1. | Bedaquiline  |  | [ ] |
| 2. | Pretomanid |  | [ ] |
| 3. | Linezolid |  | [ ] |
| 4. | Moxifloxacin |  | [ ] |
| 5. |  |  | [ ] |
| 6. |  |  | [ ] |
| 7. |  |  | [ ] |
| 8. |  |  | [ ] |

**ชื่อผู้บันทึก ตำแหน่ง**

**หน่วยงาน เบอร์ติดต่อ**