



แบบฟอร์มประเมินก่อนการพิจารณาสั่งใช้ยา Carbamazepine/Oxcarbazepine

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นพ.,ทพ.,ทพญ.)รศ.ทันตแพทย์.....สังกัดภาควิชา.....

เป็นผู้ให้การรักษามือป่วยชื่อ.....อายุ.....HN.....ป่วยเป็นโรค.....

ส่วนที่ 1 การประเมินความเสี่ยงการแพ้ยา

เกณฑ์การให้ยารักษาผู้ป่วย (กรณีสั่งใช้ยาครั้งแรก)		ใช่	ไม่ใช่
1.	ผู้ป่วยมีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
	ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยา carbamazepine หรือ กลุ่ม Aromatic anticonvulsant ได้แก่ Oxcarbazepine, Phenobarbital, Phenytoin, Lamotrigine, Eslicarbazepine, Lacosamide, Fosphenytoin, Zonisamide มาก่อน		
	ผู้ป่วยเคยรับประทานยา carbamazepine ติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอไม่เกินกว่า 3 เดือน และไม่มีอาการแพ้ยา		
	ผู้ป่วยเคยรับประทานยา carbamazepine แต่รับประทานไม่สม่ำเสมอ และยังไม่มีอาการแพ้ยาเกิดขึ้นมาก่อน		
2.	ผู้ป่วยมีประวัติตรวจคัดกรองอัลลีล HLA-B*15:02 มาก่อน		
	ผลตรวจเป็นบวกสำหรับ HLA-B*15:02 หรืออัลลีล HLA-B*15:08, HLA-B*15:11, HLA-B*15:21, HLA-B*15:31, HLA-A*31:01 (ห้ามสั่งจ่ายยา CBZ/OXC)		
	ผลตรวจเป็นลบ (ดำเนินการในส่วนที่ 2)		
3.	ไม่เคยส่งตรวจคัดกรองอัลลีล HLA-B*15:02 มาก่อน/ไม่ทราบผลตรวจ และส่งตรวจที่ รพ. ทันตกรรม		
	ผลตรวจเป็นบวกสำหรับ HLA-B*15:02 หรืออัลลีล HLA-B*15:08, HLA-B*15:11, HLA-B*15:21, HLA-B*15:31, HLA-A*31:01 (ห้ามสั่งจ่ายยา CBZ/OXC)		
	ผลตรวจเป็นลบ (ดำเนินการในส่วนที่ 2)		
เกณฑ์การให้ยารักษาผู้ป่วย (กรณีสั่งใช้ยาต่อเนื่องหรือผ่านการประเมินความเสี่ยงแพ้ยามาแล้ว)			
➤	ผู้ป่วยเคยรับประทานยา carbamazepine ติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอมากกว่า 3 เดือน และไม่มีอาการแพ้ยาใด ๆ เกิดขึ้น		
➤	ผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่องโดยผ่านการประเมินความเสี่ยงแพ้ยามาแล้วและมีผลตรวจ HLA-B*15:02 เป็นลบ		

หมายเหตุ

- กรณีสั่งใช้ยาครั้งแรก ข้อ 2 และข้อ 3 หากผลตรวจ เป็นบวก ส่งพบเภสัชกรลงบันทึกในระบบ HOSxPE และ บันทึกในบัตรแพ้ยา เดือนการสั่งใช้ยา CBZ/OXC และยาที่เกี่ยวข้องทุกราย
- กรณีสั่งใช้ยาต่อเนื่องหรือผ่านการประเมินความเสี่ยงแพ้ยามาแล้ว ให้ดำเนินการในส่วนที่ 2

ส่วนที่ 2 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา

การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา CBZ/OXC		ใช่	ไม่ใช่
1	ส่งตรวจ Baseline CBC, liver function test, kidney function test, electrolyte (หลังจากใช้ยา 1 เดือน 3 เดือน และทุก ๆ 6 เดือน)		
2.	ผลตรวจ ตามข้อ 1 ปกติ ระบุวันที่ส่งตรวจ.....		
3.	กรณีผลตรวจตามข้อ 1 ผิดปกติ/กรณีมีการส่งตรวจอื่น ๆ เพิ่มเติม ระบุรายละเอียด		

ข้าพเจ้าประเมินแล้ว พบว่าโดยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวจริงและสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย

- ☐ Carbamazepine ขนาดยา.....
- ☐ Oxcarbazepin ขนาดยา.....

ลงชื่อ.....แพทย์/ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา
(.....)