



แบบประเมินการใช้ยา Entecavir

ชื่อ - นามสกุล.....

เพศ ชาย หญิง

HN.....

อายุ..... ปี เดือน

สิทธิการรักษา ข้าราชการเบิกตรง

ตันสังกัดรัฐวิสาหกิจ

ชำระเงินเอง

อื่นๆ

1	ผู้ป่วยติดเชื้อ Hepatitis B Virus (HBV) ที่ตรวจพบ Advance hepatic fibrosis และมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
1.1	<input type="checkbox"/> Transient elastography (เช่น Fibroscan®) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 kPa หรือ		
1.2	<input type="checkbox"/> Liver biopsy ที่มี fibrosis score เทียบเท่า metavir มากกว่าหรือเท่ากับ F3		
2	มีปริมาณ HBV DNA ก่อนการรักษา มากกว่าหรือเท่ากับ 8 log ₁₀ copies/mL.	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3	ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังที่ติดต่อยา Lamivudine <input type="checkbox"/> หลังการให้ยา Lamivudine ไปแล้ว 6 เดือน ยังคงตรวจพบไวรัสมากกว่า 200 IU/mL <input type="checkbox"/> ยังตรวจพบไวรัสหลังการรักษา 12 เดือน ร่วมกับกรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้		
	<input type="checkbox"/> กรณีที่ 1 ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังที่ติดต่อยา Lamivudine และกำลังได้รับการรักษาด้วยยา Tenofovir อยู่แล้วเกิดมีค่าการทำงานของไตบกพร่องตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ <input type="radio"/> มีค่า Serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 mg/dL <input type="radio"/> มี eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 mL/min หรือ <input type="radio"/> ผู้ป่วยมีภาวะ Proximal tubular dysfunction ร่วมกับมีความผิดปกติดังนี้ <input type="radio"/> ผู้ป่วยมีภาวะ Proximal tubular dysfunction ร่วมกับมีความผิดปกติดังนี้ <input type="radio"/> Hypokalemia <input type="radio"/> Hypophosphatemia <input type="radio"/> Glucosuria (ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ hyperglycemia) <input type="radio"/> Proteinuria มากกว่าหรือเท่ากับ 1 g/day		
	<input type="checkbox"/> กรณีที่ 2 ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังที่ติดต่อยา Lamivudine และมีค่าการทำงานของไตบกพร่องตามเกณฑ์ข้างต้นอยู่ก่อนแล้ว		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....