

เกณฑ์การสั่งใช้ยา: Zoledronic acid 5mg/ 100ml

ข้าพเจ้า นพ..... เลขที่เวชกรรม.....

แพทย์เฉพาะทางสาขา ขอรับรองว่า

ผู้ป่วย (ชื่อ-นามสกุล)อายุ.....ปี HN...../.....

สิทธิ์การรักษา ข้าราชการเบิกจ่ายตรง

ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยเก่า วันที่เริ่มใช้ยา /...../.....

ควรได้รับการฉีดยา Zoledronic acid 5 mg/100 ml ฉีด IV ทุก 12 เดือน โดยหยุดยาเข้าหลอด เลือดดำ แบบช้าๆนานอย่างน้อย 30 นาที

BMD : ค่า T-score ณ ตำแหน่ง lumbar spine

ค่า T-score ณ ตำแหน่ง femoral neck

ค่า T-score ณ ตำแหน่ง total hip

ค่า CrCl ล่าสุดml/min (วันที่/...../.....)

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องใช้ยา (ข้อใดข้อหนึ่ง)

กระดูกสันหลังหัก หรือ กระดูกสะโพก หักจากโรคกระดูกพรุน

ตรวจ BMD โดยมีค่า T-score ที่ lumbar spine หรือ femoral neck หรือ total hip ≤ -2.5

ตรวจ BMD โดยมีค่า T-score ที่ lumbar spine หรือ femoral neck หรือ total hip อยู่ระหว่าง -1 ถึง -2.5 โดยมีค่า FRAX[®] : major osteoporotic fracture $\geq 20\%$ หรือ hip fracture $\geq 3\%$

ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ bisphosphonate ชนิดรับประทาน เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (myalgia), ปวดท้อง (gastritis), มีไข้ (fever) หรืออาการอื่นๆ ที่ไม่สามารถใช้ยาต่อไปได้ หรือ ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (poor drug compliance) หรือ ไม่สามารถนั่งทรงตัวหลังรับประทานยาได้

ได้ทำการประเมินอาการผู้ป่วยพบว่า ไม่มีข้อห้ามใช้ ดังต่อไปนี้ (ทุกข้อ)

ไม่เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

ไม่เป็น ผู้ป่วยไตวาย

ไม่เป็น ผู้ป่วยที่มี CrCl < 35 ml/min และผู้ที่มีหลักฐานซึ่งแสดงถึงภาวะการทำงานของไตบกพร่องเฉียบพลัน

ผู้ป่วยผ่านการตรวจประเมินฟันโดยทันตแพทย์แล้ว และ กรณีถอนฟัน ได้เว้นระยะห่างก่อนเริ่มยา 1 เดือน เพื่อ ป้องกัน Osteonecrosis of the jaw; ONJ

ลงชื่อแพทย์ผู้สั่งยา

(.....)

แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....