

คู่มือการใช้งาน

Glomerulonephritis

โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการขอใช้ยา
Rituximab ในโรคไตอักเสบ

CONTACT US

call 080-0801615, 080-0801651

E-mail biologic@mra.or.th, ocpa@mra.or.th

Glomerulonephritis

สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

Login

Username	Password
เข้าสู่ระบบ	

Download คู่มือการใช้งาน Glomerulonephritis Program

Login

ผู้ใช้งานระบุ Username Password

กรณีที่ไม่มีรหัสเข้าใช้งานให้ติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับ Username Password ได้ตามช่องทางที่แจ้งไว้

ขั้นตอนทะเบียน

- 1.ขอแบบฟอร์มต่าง
- 2.ขอขึ้นทะเบียน+ขอต่ออายุ



ยินดีต้อนรับ : test user 0001 555

ค้นหาข้อมูล ขอแบบฟอร์มต่างๆ logout

- ขอขึ้นทะเบียน+ขอต่ออายุ
- ขอยกเลิกการใช้ยา

Glomerulonephritis

สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่า

ค้นหาข้อมูลผู้

ประกาศ มาตรการรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ (

Glomerulonephritis

ชื่อโรงพยาบาล :
รหัสบัตรประชาชน :
ชื่อ :
นามสกุล :
ระบบประกันสุขภาพ :

12345 ทดสอบ

☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วน
เจ้าหน้าที่ สปสช.

Protocol

กลุ่มโรค

Glomerulonephritis

☐ RTX-GN

☐ RTX-GNS

บันทึกข้อมูลผู้ป่วย

1

ลงทะเบียนสิทธิ์ผู้ป่วย

- 1. ใส่เลขประชาชนผู้ป่วย
- 2. เลือกสิทธิผู้ป่วย
- 3. ค้นหา
- 4. เลือก **ไปยังหน้าจอขอขึ้นทะเบียน + ขอต่ออายุ**

2

เลือกโปรโตคอล

- 1. เลือกโปรโตคอลที่ต้องการลงทะเบียน
- 2. เลือก ผลลัพธ์ : **ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา**

ลงทะเบียนสิทธิผู้ป่วย

ชื่อโรงพยาบาล : 12345 ทดสอบ

รหัสบัตรประชาชน : 1010100000000

ระบบประกันสุขภาพ : ☒สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐กทม. ☐กกด. ☐กสทช. ☐เมืองพัทยา ☐ผู้ตรวจการแผ่นดิน

ผู้ป่วยรายนี้มีสิทธิตามระบบประกันสุขภาพที่ระบุ

ไปยังหน้าจอขอขึ้นทะเบียน+ขอต่ออายุ

ค้นหา Clear ข้อมูล

ขอขึ้นทะเบียน+ขอต่ออายุ

ชื่อโรงพยาบาล : 12345 ทดสอบ

รหัสบัตรประชาชน : 1010100000000

ระบบประกันสุขภาพ : ☒สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐กทม. ☐กกด. ☐กสทช. ☐เมืองพัทยา ☐ผู้ตรวจการแผ่นดิน

กลุ่มโรค	Protocol	ยา-วินิจฉัยโรค
Glomerulonephritis	☒ RTX-GN ☐ RTX-pINS	Rituximab-Primary minimal change disease, IgM nephropathy และ focal segmental glomerulosclerosis, membranous nephropathy และ lupus nephritis Rituximab-Idiopathic nephrotic syndrome (INS) ในเด็ก

ค้นหา

ผลลัพธ์ : **ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา**

ไม่มีประวัติการยื่นขอใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนด

บันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย

Glomerulonephritis

สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แบบบันทึกขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยาค่าใช้จ่ายสูง

Hcode12345ทดสอบ

HN

เลขประจำตัวประชาชน1010100000000

ค่านำหน้า

ชื่อนามสกุล

เพศชายหญิง

วัน/เดือน/ปีเกิดอายุปี

ระบบประกันสุขภาพ :

สวัสดิการข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกทม. กกต. กสทช. เมืองพัทยา ผู้ตรวจการแผ่นดิน เจ้าหน้าที่ สปสช.

ที่อยู่

โทรศัพท์

วันที่บันทึก17/09/2568

บันทึก

แบบบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา

ขอแบบฟอร์มต่างๆ logout ยินดีด้วย : test user 0001 55555555

Glomerulonephritis

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ลำดับ	โรงพยาบาล	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	protocol	hn	แบบจ่ายยา	รอบที่	ครั้งที่	วันที่ส่งข้อมูล	วันที่รับข้อมูล	วันที่หมดอายุ	สถานะข้อมูล	ชื่อผู้ใช้งาน
1	ทดสอบ	10*****0000	นาง te*t ***	RTX-GN	41	ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา	1	1				ยังไม่ส่งไปสตร.	test user 0001 55555555

รวม 1 รายการ

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในโรคไตอักเสบชนิด Primary minimal change disease, IgM nephropathy และ focal segmental glomerulosclerosis, membranous nephropathy และ lupus nephritis (RTX-GN)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อโรงพยาบาล : 12345 ทดสอบ
HN : 41 ชื่อ te*t นามสกุล ***
รหัสบัตรประชาชน : 10*****0000 วัน/เดือน/ปีเกิด 11/11/11 ปี เพศ : ชาย หญิง
สิทธิ์การรักษา : ☒ สิทธิ์การรักษาราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกค. ☐ กสช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.
รอบที่ : 1 IN1 ครั้งที่ : 1

* การวินิจฉัยโรค Date :

☐ Focal segmental glomerulosclerosis
☐ Primary minimal change disease
☐ IgM nephropathy

* ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของไต

วันที่ทำการตรวจ Date :
ผลทางพยาธิวิทยา :

* ยามาตรฐานที่ได้รับก่อนการขออนุมัติการใช้ Rituximab

☐ None
☐ Steroid maximum, specify , dose : /day
☐ Cyclophosphamide, dose : /day
☐ Mycophenolate mofetil, dose : /day
☐ Calcineurin inhibitor, specify , dose : /day
☐ Other, specify , dose : /day

* เหตุผลที่ควรได้รับยา Rituximab

☐ มีอาการกำเริบซ้ำ (relapsing disease) หรือ steroid-dependent ขณะได้รับยามาตรฐาน
☐ ไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน (refractory disease)
☐ ไม่สามารถทนทาน (intolerable) หรือมีข้อห้ามในการใช้ยามาตรฐาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันความรุนแรงของโรค

Date :
☐ CBC : ☐ BUN : mg/dL ☐ Cr : mg/dL
☐ Urine exam :
☐ UPCI or 24 hr urine protein :

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยก่อนการรับยา Rituximab

Date :
LFT date :
Chest x-ray : ☐ Normal ☐ Abnormal
HBs Ag : ☐ Positive ☐ Negative
Anti HBs : ☐ Positive ☐ Negative
Anti HBc : ☐ Positive ☐ Negative

* แผนการส่งจ่ายยา Rituximab

☐ Rituximab 1,000 mg หรือ 750 mg/m2, IV, every 2 weeks, x 2 doses วันที่ 1 และ 15
☐ Rituximab 375 mg/m2, IV, weekly x 4 doses สัปดาห์ที่ 0, 2, 4, 6

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลขว ชื่อ สาขาวิชา เบอร์โทรศัพท์ E-mail biologicchi@mra.or.th

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารประกอบการขออนุมัติการใช้ยา :
☐ สำเนาเวชระเบียนหน้าแล่งผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยา (กรณีทำ kidney biopsy) ☐ อื่น ๆ

** กรุณาลงข้อมูลในโดรน หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการลดยกเลิก **

Upload Drag & Drop Files

1

กรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
ส่วนที่ * จำเป็นต้องใส่ข้อมูล

2

ข้อมูลส่วนแพทย์ผู้วินิจฉัย ให้กรอกเลข
ว แพทย์ ที่ได้ลงทะเบียนไว้กับสำนักงาน
หากมีข้อมูลในระบบจะแสดงชื่อแพทย์

3

สถานพยาบาลต้อง Upload เอกสารเวช
ระเบียนในโปรแกรมเพื่อให้ Auditor พิจารณา
เงื่อนไขเอกสารจะต้องเป็นไฟล์ .PDF
ขนาดไม่เกิน 20mb

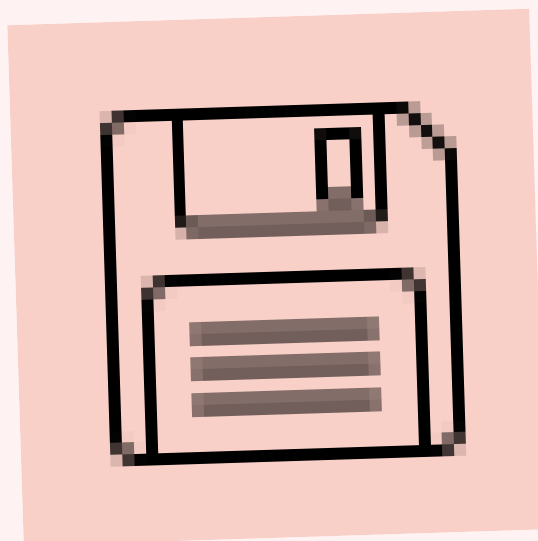
ความหมายของ สัญลักษณ์ต่างๆ

รูปแบบบันทึก

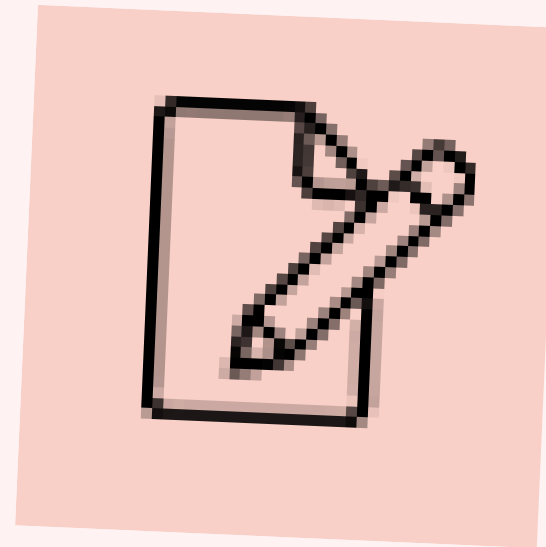
ยกเลิก



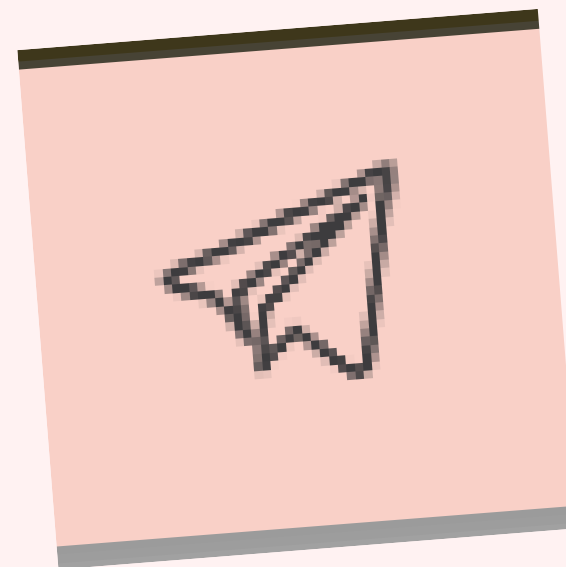
บันทึกข้อมูล



แก้ไขข้อมูล



ส่งพิจารณา



ต่ออายุการใช้ยา

1

เลือกขอแบบฟอร์มต่างๆ

2

ลงทะเบียนสิทธิผู้ป่วย

ชื่อโรงพยาบาล : 12345 ทดสอบ

รหัสบัตรประชาชน : 10101000000000

ระบบประกันสุขภาพ : ☒ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกด. ☐ กสทช. ☐ สปสช.

ผู้ป่วยรายนี้มีสิทธิตามระบบประกันสุขภาพที่ระบุ

ไปยังหน้าขอขึ้นทะเบียน+ขอต่ออายุ

ค้นหา Clear ข้อมูล

1. ใส่เลขประชาชน
2. เลือกสิทธิ
3. ค้นหา
4. ไปยังหน้าขอขึ้นทะเบียน+ขอต่ออายุ

3

เลือกผลลัพธ์

ผลลัพธ์ : ต่ออายุการใช้ยา

ขอแบบฟอร์มต่างๆ logout ยินดีต้อนรับ : test user 0001 55555555

Glomerulonephritis

สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ขอขึ้นทะเบียน+ขอต่ออายุ

ชื่อโรงพยาบาล : 12345 ทดสอบ

รหัสบัตรประชาชน : 10101000000000 ชื่อ นามสกุล เพศ

ระบบประกันสุขภาพ : ☒ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกด. ☐ กสทช. ☐ เมืองฟ้า

เจ้าหน้าที่ สปสช.

กลุ่มโรค	Protocol
Glomerulonephritis	☒ RTX-GN ☐ RTX-pINS

ค้นหา

รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	protocol	hn	แบบคำขอ	รอบที่/ครั้งที่	วันที่ส่งข้อมูล	วันที่ตอบกลับรพ.	เร
0*****0000	te*t ***	RTX-GN	41	ขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา	1/1	17/09/2568 11:40:57	17/09/2568 11:57:44	17

รวม 1 รายการ

ยกเลิกการใช้ยา

เลือกขอแบบฟอร์มต่างๆ

1. เลือดยกเลิกการใช้ยา
2. ใส่เลขประชาชนและสิทธิ์ผู้ป่วย
3. เลือกโปรโตคอล
4. ค้นหา

เลือกผลลัพธ์ : ยกเลิกการใช้ยา

1. หน้าแบบบันทึกยกเลิกการใช้ยา
2. ให้กรอกข้อมูลในแบบบันทึกให้ครบทุกช่อง
3. upload เวชระเบียนผู้ป่วย
4. กดส่งให้ Auditor พิจารณา

ค้นหาข้อมูล

ขอแบบฟอร์มต่างๆ

logout

ยินดีต้อนรับ

Glomerulonephritis

ชื่อโรงพยาบาล :

รหัสบัตรประชาชน :

ระบบประกันสุขภาพ :

12345 ทดสอบ

1010100000000

☒ สวัสดิการข้าราชการ

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เจ้าหน้าที่ สปสช.

กลุ่มโรค

Glomerulonephritis

☒ RTX-GN

☐ RTX-pINS

ค้นหา

Clear ข้อมูล

ผลลัพธ์ : [ยกเลิกการใช้ยา](#)

ลำดับ	ระบบประกันสุขภาพ	รหัสบัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	protocol	hn	แบบแผนการจ่ายยา
1	สวัสดิการข้าราชการ	10*****0000	te*t ***	RTX-GN	41	ขอขึ้นทะเบียน
2	สวัสดิการข้าราชการ	10*****0000	te*t ***	RTX-GN	41	ต่ออายุ

รวม 2 รายการ

สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ABOUT US

SCAN HERE

