

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel

ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล
- HN
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ
- AN
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ ปี เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ผู้ป่วยรายนี้สมควรได้รับ docetaxel ด้วยเหตุผลใด (กรุณาระบุเหตุผลตามข้อ 3.1 หรือ 3.2) | | |
| 3.1 ไม่สามารถใช้ anthracycline ได้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| โปรดระบุรายละเอียด | | |
| 3.2 ใช้ anthracycline แล้วไม่ได้ผล และขณะนี้ได้หยุดการใช้ anthracycline แล้ว | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วันเดือนปีที่ได้รับยา anthracycline/...../..... | | |
| วันเดือนปีที่หยุดยา anthracycline/...../..... | | |
| 4. มีการแพร่กระจายของโรค | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย | | |
| <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ | | |
| 4.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค/...../..... | | |
| 5. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด | | |
| <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประเมิน | | |
| 6. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร | | |
| 7. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร | | |
| (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร) | | |
| ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด | | |
| ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด | | |
| 8. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา | | |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ 4. ☒ ใช่ 5. ☒ ECOG 0 ถึง 2 และ 7. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

การให้ยาครั้งนี้เป็น cycle ที่..... (ให้ใช้ยาได้ไม่เกิน 8 cycle)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก/...../.....

เหตุผลที่ให้ยาครั้งนี้ ☐ ให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก ☐ ให้ยาซ้ำหลังจากการหยุดยาชั่วคราว (drug holiday)

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

☐ ☐

2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป

☐ ☐

3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด

☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4 ☐ ไม่ได้ประเมิน

4. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร

5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)

ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด

6. ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด

หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา

สำหรับผู้อนุมัติ

กรณีแรกให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก

1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 2

กรณีให้ยาซ้ำหลังจากการหยุดยาชั่วคราว (drug holiday)

1. ☒ ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 2

ค. ข้อควรปฏิบัติ

- ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดีมาก
- ควรหยุดยาและพิจารณาการรักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel
ข้อบ่งใช้ มะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลาม

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ชื่อ-นามสกุล | 2. HN |
| 4. สิทธิการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | 3. AN |
| <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | |
| 5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | 6. วันเดือนปีเกิด/...../..... |
| | 7. อายุ ปี เดือน |
| 8. เลขประจำตัวประชาชน
.....
..... | 9. รหัสโรงพยาบาล |
| 10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | 11. authorization number |
| 12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม | 13. ส่วนสูง เซนติเมตร |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ผู้ป่วยรายนี้สมควรได้รับ docetaxel ด้วยเหตุผลใด (กรุณาระบุเหตุผลตามข้อ 3.1 หรือ 3.2) | | |
| 3.1 ไม่สามารถใช้ platinum ได้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| โปรดระบุรายละเอียด | | |
| 3.2 ใช้ platinum แล้วไม่ได้ผล และขณะนี้ได้หยุดการใช้ platinum แล้ว | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วันเดือนปีที่ได้รับยา platinum/...../..... | | |
| วันเดือนปีที่หยุดยา platinum/...../..... | | |
| 4. มีการแพร่กระจายของโรค | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย | | |
| <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> สมอ <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ | | |
| 4.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค/...../..... | | |
| 5. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด | | |
| <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประเมิน | | |
| 6. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร | | |
| 7. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร | | |
| (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร) | | |
| ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด | | |
| 8. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา | | |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ 4. ☒ ใช่ 5. ☒ ECOG 0 ถึง 1
 และ 7. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

แพทย์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

การให้ยาค้างนี้เป็น cycle ที่..... (โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ยา 4 cycle และ ไม่เกิน 6 cycle)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาค้างแรก/...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

☐
☐

2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป

☐
☐

3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด

☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4 ☐ ไม่ได้ประเมิน

4. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร

5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร

(ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)

ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด

6. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา

สำหรับผู้ป่วย 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 1

ค. ข้อควรปฏิบัติ

- ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดี
- ควรหยุดยาและพิจารณาการรักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel
ข้อบ่งใช้ มะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- | | |
|--|---|
| <p>1. ชื่อ-นามสกุล</p> <p>4. ลีธีการเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p> <p>5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>8. เลขประจำตัวประชาชน </p> <p>10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>12. น้ำหนักตัว กิโลกรัม</p> | <p>2. HN</p> <p>3. AN</p> <p>6. วันเดือนปีเกิด/...../.....</p> <p>7. อายุ ปี เดือน</p> <p>9. รหัสโรงพยาบาล</p> <p>11. authorization number</p> <p>13. ส่วนสูง เซนติเมตร</p> |
|--|---|

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. เป็นผู้ป่วยที่ดื้อ (refractory) ต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ระบุชื่อยาและขนาดยาที่ใช้ | | |
| 4. ระบุช่วงเวลา que ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมน | | |
| วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาฮอร์โมน/...../..... | | |
| วันเดือนปีที่หยุดยา/...../..... | | |
| 5. มีการแพร่กระจายของโรค | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย | | |
| <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ | | |
| 5.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค/...../..... | | |
| 6. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด | | |
| <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประเมิน | | |
| 7. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร | | |
| 8. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร | | |
| (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร โดยการใช้ร่วมกับยา prednisolone ตลอดช่วงการรักษา) | | |
| ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด | | |
| 9. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา | | |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 5. ☒ ใช่ 6. ☒ ECOG 0 ถึง 1 และ 8. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

การให้ยาค้างนี้เป็น cycle ที่..... (ให้ใช้ยาได้ไม่เกิน 6 cycle)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาค้างแรก/...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด
☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4 ☐ ไม่ได้ประเมิน
4. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร
5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร
 (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร โดยการใช้ร่วมกับยา prednisolone ตลอดช่วงการรักษา)
 ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด
6. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 1 และ 5.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ค. ข้อควรปฏิบัติ

- ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดี
- ควรหยุดยาและพิจารณารักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

- ☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....