

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Letrozole**  
**ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมที่มี hormone receptor เป็นบวก**

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ-นามสกุล .....	2. HN .....
4. ลีขิการเบิก <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 .....	8. เลขประจำตัวประชาชน ..... 9. รหัสโรงพยาบาล .....
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. authorization number .....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา	
ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก	วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....
	ใช่      ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3. ผลการตรวจ hormone receptor เป็นบวก	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ (อย่างน้อย 1 ข้อ)	
4.1 ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4.2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งหมด	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4.3 ผู้ป่วยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติก่อนการเกิดมะเร็งเต้านม นานมากกว่า 1 ปี	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4.4 ผลการตรวจวัดระดับ FSH ..... วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....	
4.5 ผลการตรวจวัดระดับ estradiol ..... วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....	
5. เป็นการใช้ยาในกรณีใด	
<input type="checkbox"/> มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (advanced breast cancer)	
<input type="checkbox"/> มะเร็งเต้านมระยะแรก โดยใช้นี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา tamoxifen ก่อนเป็นเวลา ..... เดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการใช้ tamoxifen รวม ..... เดือน (อนุมัติให้ใช้ได้รวมกันไม่เกิน 60 เดือน)	
<input type="checkbox"/> มะเร็งเต้านมระยะแรก โดยใช้นี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา letrozole ก่อนเป็นเวลา ..... เดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการใช้ tamoxifen รวม ..... เดือน (อนุมัติให้ใช้ได้รวมกันไม่เกิน 60 เดือน)	
6. ขนาดยา letrozole ที่ใช้ครั้งนี้ ..... มิลลิกรัม/วัน (ขนาดที่แนะนำคือ 2.5 มิลลิกรัมต่อวัน)	
ระยะเวลาที่ให้ยาครั้งนี้ ..... วัน	
<b>สำหรับผู้อนุมัติ</b> 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 4. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 4.1 ถึง 4.5 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ และ 6. <input checked="" type="checkbox"/> ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์	
<b>หมายเหตุ :</b> กรณีหมดประจำเดือนหลังการผ่าตัดเอมดลูกออก หรือหลังจากการให้เคมีบำบัด ไม่จัดเป็นภาวะหมดประจำเดือนตามข้อ 4	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

- |   | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วันเดือนปีที่ให้ยาค้างก่อน ...../...../.....  |                       |                       |
| 3. กรณีใช้เป็นยาเสริม ผู้ป่วยได้รับยา tamoxifen ก่อนเป็นเวลา ..... เดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการใช้ tamoxifen รวม ..... เดือน (อนุมัติให้ใช้ได้รวมกันไม่เกิน 60 เดือน) หรือ มะเร็งเต้านมระยะแรก โดยใช้ยานี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา letrozole ก่อนเป็นเวลา ..... เดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการใช้ tamoxifen รวม ..... เดือน (อนุมัติให้ใช้ได้รวมกันไม่เกิน 60 เดือน) สำหรับผู้ป่วยใหม่ |                       |                       |
| 4. ขนาดยา letrozole ที่ใช้ครั้งนี้ ..... มิลลิกรัม/วัน (ขนาดที่แนะนำคือ 2.5 มิลลิกรัมต่อวัน) ระยะเวลาที่ให้ยาค้างครั้งนี้ ..... วัน   |                       |                       |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ไม่ใช่ และ 4. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....