

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งใช้ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย
	1. ชื่อ-นามสกุล	2. HN
	4. ลิขสิทธิ์การเบิก <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

แพทย์		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. ผลการตรวจด้วย Kit (CD117) ให้ผลบวก	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	
	4. โรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้หรือมีการกระจายของโรค	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	
	5. จำนวนของเนื้องอก ขนาดของเนื้องอก	
	วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....	
	6. ขนาดยา imatinib ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)	
	7. ระยะเวลาที่สั่งใช้ยาในครั้งนี้ วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วัน/เดือน/ปี)	
	สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 4. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์	
	ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง	วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....
	ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วทั้งสิ้นรวม เดือน	วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก/...../.....
		ใช่ ไม่ใช่
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	3. ขนาดยา imatinib ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)	
	4. ระยะเวลาที่สั่งใช้ยาในครั้งนี้ วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วัน/เดือน/ปี)	
	สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์	

ค. ผลการรักษา (CBC และ bone marrow)

แพทย์

1. วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

ระยะเวลาห่างจากการให้ยาครั้งก่อนนาน สัปดาห์ (ควรประเมินทุก 12 สัปดาห์)

2. ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยตาม SWOG (Southwest Oncology Group) หรือ RECIST criteria

☐ โรคหายไปหมด (complete) ☐ รักษาหายไปบางส่วน (partial) ☐ คงที่ (stable)

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate
ข้อบ่งใช้ Chronic myeloid leukemia (CML)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ.....สกุล.....
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- HN.....
- รหัสโรงพยาบาล.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ.....ปี.....เดือน
- สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้นั้นในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- Performance status ECOG ≤ 2 (ถ้า ECOG > 2 ต้องเป็นจาก CML เท่านั้น) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CML โดยมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
☐ มี Philadelphia chromosome positive วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
☐ มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี PCR วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
☐ มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี FISH วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
- ระยะของโรคสำหรับการรักษาในครั้งนี้ ☐ chronic phase ☐ accelerated phase ☐ blastic phase
- วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....
- ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้
☐ 300 mg/d ☐ 400 mg/d ☐ 600 mg/d ☐ 800 mg/d
หมายเหตุ: กรณีขอเพิ่มขนาดยาเป็น 600 – 800 mg/day เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้เริ่มขออนุมัติใหม่
- วัน/เดือน/ปี ที่จะเริ่มให้ยา Imatinib/...../.....
- ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 90 วัน ตั้งแต่...../...../..... ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ
(.....)
ว

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งใช้ Chronic myeloid leukemia (CML)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ.....สกุล..... 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- HN..... 4. รหัสโรงพยาบาล.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน
- วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ.....ปี.....เดือน
- สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม
- ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Imatinib/...../.....
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Imatinib มาแล้วทั้งสิ้นเดือน
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด
 - ☐ CBC วัน/เดือน/ปี/...../.....
 - ☐ Philadelphia chromosome positive% จำนวน metaphase ที่นับ.....
วัน/เดือน/ปี/...../.....
 - ☐ RQ-PCR for ABL/BCR%IS วัน/เดือน/ปี/...../.....
- ผลการตอบสนองต่อการรักษา
 - ☐ Complete hematologic response ที่ 3 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
 - ☐ BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <35% ที่ 6 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
 - ☐ BCR-ABL gene < 1% หรือ Ph+ 0% ที่ 12 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
 - ☐ สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ วัน/เดือน/ปี/...../.....
 - ☐ สูญเสียภาวะ complete hematologic response ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ วัน/เดือน/ปี/...../.....
- ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้
 - ☐ 300 mg/d ☐ 400 mg/d ☐ 600 mg/d ☐ 800 mg/d
- ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 180 วัน ตั้งแต่...../...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ
(.....)
ว