

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งใช้ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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/...../.....
แพทย์		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. โรคมียอยู่ในระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้หรือมีการกระจายของโรค		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....			
5. จำนวนของเนื้องอก ขนาดของเนื้องอก			
วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....			
6. ขนาดยา imatinib ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)			
7. ระยะเวลาที่ส่งใช้ยาในครั้งนี้ 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. <u>ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์</u>			
ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง		วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....	
ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วทั้งสิ้นรวม เดือน		วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก/...../.....	
แพทย์		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. ระยะเวลาที่ส่งใช้ยาในครั้งนี้ วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วัน/เดือน/ปี)			
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 3. <u>ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์</u>			

ค. ผลการรักษา (CBC และ bone marrow)

แพทย์

1. วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

ระยะเวลาห่างจากการให้ยาครั้งก่อนนาน สัปดาห์ (ควรประเมินทุก 12 สัปดาห์)

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

☐ โรคลุกลามไปหมด (complete) ☐ รักษาหายบางส่วน (partial) ☐ คงที่ (stable)

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....