แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Letrozole ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมที่มี hormone receptor เป็นบวก

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาพลักแห่งชาติ)

	ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย					
จ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ชื่อ-นามสกุล					
	4. สิทธิการเบิก					
	สวัสดิการรักษาพยาบาลช้าราชการ					
	5. เพศ 🗌 ชาย 🦳 หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/					
[47]	8. เลชประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล					
	10. ได้รับ pre-authorization แล้ว 🔛 ใช่ 🔛 ไม่ใช่ 11. authorization number					
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา					
	ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก วันเดือนปีที่ให้ยา/					
- A	ใช่ ไม่ใช่					
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)					
	2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้					
	3. ผลการตรวจ hormone receptor เป็นบวก					
	4. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ (อย่างน้อย 1 ช้อ)					
	4.1 ผู้ป่วยมือายุมากกว่า 60 ปี					
	4.2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งหมด					
	4.3 ผู้ป่วยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติก่อนการเกิดมะเร็งเด้านม นานมากกว่า 1 ปี					
	4.4 ผลการตรวจวัดระดับ FSH					
	4.5 ผลการตรวจวัดระดับ estradiol					
иты	5. เป็นการใช้ยาในกรณีใด					
	มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (advanced breast cancer)					
	มะเร็งเต้านมระยะแรก โดยใช้ยานี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา tamoxifen ก่อนเป็นเวลา					
	ทอนเบนเวลา					
	มะเร็งเต้านมระยะแรก โดยใช้ยานี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา letrozole					
	ก่อนเป็นเวลา					
	รวม					
	6. ขนาดยา letrozole ที่ใช้ครั้งนี้					
	ระยะเวลาที่ให้ยาครั้งนี้					
	สำหรับผู้อนุมัติ 1. 🧭 ใช่ 2. 🧭 ใช่ 3. 🔗 ใช่ 4. 🏈 ใช่ 4.1 ถึง 4.5 🔗 ใช่อย่างน้อย 1 ช้อ และ 6 <u>ระบุ</u> ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์					
	ทมายเหตุ : กรณีทมดประจำเดือนหลังการผ่าตัดเอามดลูกออก หรือหลังจากการให้เคมีบำบัด ไม่จัดเป็นภาวะหมด ประจำเดือนตามข้อ 4					
	บวรจาเทยนทามชอ 4					

	ส่วนที่ 2 ช้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)					
	ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง	กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง วันเดือนปีที่ให้ยา/				
			ੀਜ਼ਾਂ	ไม่ใช่		
uwnë	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)			0		
	2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป					
	วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งก่อน////					
	3. กรณีใช้เป็นยาเสริม ผู้ป่วยได้รับยา tamoxifen ก่อนเป็นเวลาเดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการใช้ tamoxifen รวมเดือน (อนุมัติให้ใช้ได้รวมกันไม่เกิน					
	ietrozoie รวมกับระยะเวลาการเข tamoxnen รวม					
	ยา letrozole ก่อนเป็นเวลาเดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการ					
	tamoxifen รวม					
	4. ขนาดยาletrozoleที่ใช้ครั้งนี้					
	ระยะเวลาที่ให้ยาครั้งนี้					
สำหรับผู้อนุมัติ 1.						
ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ผลการอนุมัติ						
		อนุมัติ				
		ไม่อนุมัติ				
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา						
	()	ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ		***************************************		
•••		()		
	เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ	ตำแหน่ง	ตำแหน่ง			
วันที่/		วันที่		********		