

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

### ข้อบ่งใช้ chronic myelogenous leukemia (CML) ระยะ chronic stable phase

(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 quantitative chromosome study ได้ผล Philadelphia chromosome เป็นบวก		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....			
4. ผลการตรวจด้วย polymerase chain reaction (PCR) ได้ผล BCR-ABL เป็นบวก		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....			
5. ผลการตรวจด้วย fluorescent in situ hybridization (FISH) ได้ผล BCR-ABL เป็นบวก		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....			
6. ขนาดยา imatinib ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)			
7. ระยะเวลาที่สั่งใช้ยาในครั้งนี้ ..... วัน ตั้งแต่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (วัน/เดือน/ปี)			
<b>สำหรับผู้อนุมัติ</b> 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ ถึง 5. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์			
ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง		วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....	วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก ...../...../.....
ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วทั้งสิ้นรวม ..... เดือน			
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. ระยะเวลาที่สั่งใช้ยาในครั้งนี้ ..... วัน ตั้งแต่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (วัน/เดือน/ปี)			
<b>สำหรับผู้อนุมัติ</b> 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ และ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์			

ค. ผลการรักษา (CBC และ bone marrow)

แพทย์		ใช่	ไม่ใช่
	1. ภายหลังการรักษา 3 เดือน ผลการตรวจยังไม่มี metaphase วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. ภายหลังการรักษา 6 เดือน ผลการตรวจได้ complete hematologic response วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3. ภายหลังการรักษา 12 เดือน ผลการตรวจได้ major cytogenetic response วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4. ภายหลังการรักษา 18 เดือน ผลการตรวจได้ complete cytogenetic response วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5. การตรวจประจำปีหลังจากได้ complete cytogenetic response พบว่ายังไม่มี relapse ของโรค วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สำหรับผู้อนุมัติ ให้หยุดใช้ยาเมื่อข้อ 2. ถึง 5. ☒ ไม่ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....

## 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)			
<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 และ 6. <u>ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์</u>			
ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง		วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....	วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก ...../...../.....
ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วทั้งสิ้นรวม ..... เดือน			
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)			
<b>สำหรับผู้อนุมัติ</b> 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 ...../...../.....