แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

	ส่วนที่ 1 ซ้อง	เลดีมารถ			
	1. ชื่อ-นามสกุล				
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	• • • • • • • • • • • • • • • • • • •				
	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ				
หน้า	5. เพศ 🗌 ชาย 📗 ทญิง 6. วันเดือนปีเกิด/				
, <u>\$</u>	8. เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล	***************************************	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		
	10. ได้รับ pre-authorization แล้ว 🗌 ใช่ 🔲 ไม่ใช่ 11. authorization number				
		•	22		
	ส่วนที่ 2 ช้อมูลประกอบการอนุมัติและ				
	ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก วันเดือนปีที่ให้ยา				
	วันเดือนปีที่วินิจฉัย	***************************************	J		
		ਬਿ	ไม่ใช่		
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)				
	2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อปงใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้				
	3. ผู้ป่วยรายนี้สมควรได้รับ docetaxel ด้วยเทตุผลใด <i>(กรุณาระบุเทตุผลตามช้อ 3.1 หรือ 3.2)</i>				
	3.1 ไม่สามารถใช้ anthracycline ได้				
	โปรดระบุรายละเอียด		_		
	3.2 ใช้ anthracycline แล้วไม่ได้ผล และขณะนี้ได้หยุดการใช้ anthracycline แล้ว				
	วันเดือนปีที่ได้รับยา anthracycline				
	วันเดือนปีที่หยุดยา anthracycline				
القر	4. มีการแพร่กระจายของโรค	\bigcirc			
แพทย์	4.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย				
		\$			
	4.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค				
	5. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด				
	■ ECOG 0 ■ ECOG 1 ■ ECOG 2 ■ ECOG 3 ■ ECOG 4 ■ ไม่ได้ประเมิน 6. น้ำหนัก				
	6. นาทนก กเลกรม ลวนสูง เชนตเมตร พนทผวรางกาย ตารางเมตร 7. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้				
	7. ขนาดยา docetaxel ทเช				
	(ชนาดยาทแนะนาเนคนเทยคอ /5 มลลกรมตอพนทผว า ตารางเมตร) ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ชวด จำนวนขวด				
	ชนิด 80 มิลลิกรัม/ชวด จำนวนขวด				
	8. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา				
	สำหรับผู้อนุมัติ 1. ⊗ ใช่ 2. ⊗ ใช่ 3. ⊗ ใช่อย่างน้อย 1 ช้อ 4. ⊗ ใช่ 5. ☑ ECOG 0 ถึง 2				
	และ 7. <u>ระบุ</u> ชนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์				
	MAC 1. TOT IN IND ISTRICTAL IMPRINT				

	ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)				
	ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง วันเดือนปีที่ให้ยา/				
	การให้ยาครั้งนี้เป็น cycle ที่ (ให้ใช้ยาได้ไม่เกิน	8 cycle)			
	วันเดือนปีที่เริ่มให ัยาครั้งแรก				
	เทตุผลที่ให้ยาครั้งนี้ 🔲 ให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก 🔲 ให้ยาซ้ำหลังจากการหยุดยาชั่วคราว (drug holiday)				
			N=0	20 1021	
		Man a	ਬਿ	ไม่ใช่	
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้	ใในผู้ป่วย terminally ill)		\bigcirc	
	2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาแล	ะทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป			
	3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด				
	ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2	ECOG 3 🗌 ECOG 4 🔲 ไม่ได้ประเมิน			
uwne	4. น้ำหนัก	ดิเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร			
13	5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน คิดเป็	นขนาดยาที่ใช้มิลลิกรัมต่อตารางเมตร			
	(ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว	ว 1 ตารางเมตร)			
	ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ชวด จำน	วนขวด			
	6. ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ขวด				
	หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมตัวยโปรดระบุชื่อยา				
	สำหรับผู้อนูมัติ กรณีแรกให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก				
	ารณแรกเทยาตอเนองจากครงแรก 1.				
	กรณีให้ยาซ้ำหลังจากการพยุดยาชั่วคราว ((drug holiday)			
	1. 📝 ใช่ 3. 📝 ECOG 0 ถึง 2				
	ค. ข้อควรปฏิบัติ				
		ากการตอบสบองดีมาก			
ижий	 ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดีมาก ควรหยุดยาและพิจารณารักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 				
677	หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)				
	madali in madali in (Stable 1130 progre	33176)			
	_				
ๆเถร	บรองว่าข้อมูลข้างตันเป็นความจริงทุกประการ				
		อนุมัติ			
****	ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	ไม่อนุมัติ			
	•	f's sun			
	()	ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ			
		(***************************************)	
เลชที่ใบประกอบโรคศิลปะ		ตำแหน่ง			
	วันที่//	วันที่//	J		

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel ข้อบ่งใช้ มะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลาม

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

	ส่วนที่ 1 ชัย	ม ูลผู้ ป่วย			
	1. ชื่อ-นามสกุล				
จ้าหน้าที่โรงพยาบาล	4. สิทธิการเบิก ทลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม 3. AN				
	สวัสดิการรักษาพยาบาลช้าราชการ				
	5. เพศ				
	8. เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล				
เจ้าห					
1100		***************************************			
	12. น้ำหนักตัว เซนติเมตร				
	ส่วนที่ 2 ช้อมูลประกอบการอนุมัติแล	ะข้อมูลการ	รใช้ยา		
	ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก วันเดือนปีที่ให้ยา		<i></i>		
	วันเดือนปีที่วินิจฉัย	.J	J		
		ીમાં	ไม่ใช่		
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)				
	2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	$\tilde{\bigcirc}$	$\tilde{\bigcirc}$		
	3. ผู้ป่วยรายนี้สมควรได้รับ docetaxel ด้วยเหตุผลใด <i>(กรุณาระบุเหตุผลตามข้อ 3.1 หรือ 3.2)</i>				
	3.1 ไม่สามารถใช้ platinum ได้				
	โปรดระบุรายละเอียด				
	3.2 ใช้ platinum แล้วไม่ได้ผล และขณะนี้ได้หยุดการใช้ platinum แล้ว				
	วันเดือนปีที่ได้รับยา platinum///				
	วันเดือนปีที่หยุดยา platinum				
ne	4. มีการแพร่กระจายของโรค				
имп	4.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย				
	🦳 ตับ 🗌 สมอง 🔲 ปอด 🔲 กระดูก 🔲 อื่นๆ	1114			
	4.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค				
	5. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด				
	□ ECOG 0 □ ECOG 1 □ ECOG 2 □ ECOG 3 □ ECOG 4 □ ไม่ได้ประเมิน				
	6. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เชนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร				
	7. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้				
	(ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)				
	ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวนขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวนขวด				
	8. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา				
	สำหรับผู้อนุมัติ 1. 🏈 ใช่ 2. 🏈 ใช่ 3. 🏈 ใช่อย่างน้อย 1 ช้อ 4. 🏈 ใช่ 5. 🗹 ECOG 0 ถึง 1				
	และ 7. <u>ระบุ</u> ขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์				

	ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)					
	ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง วันเดือนปีที่ให้ยา/					
	การให้ยาครั้งนี้เป็น cycle ที่ <i>(โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ยา 4 cycle และ ไม่เกิน 6 cycle)</i>					
	วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก//					
	ใช่ ไม่ใช่					
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally iii (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally iii)					
	2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป					
	3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด					
	ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2 ECOG 3 ECOG 4 ไม่ได้ประเมิน					
uwné	4. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร					
677	5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้					
	(ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)					
	ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวนขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน					
	6. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา					
สำหรับผู้อนุมัติ 1. 🔗 ใช่ 2. 🔗 ใช่ 3. 🗹 ECOG 0 ถึง 1						
	ค. ข้อควรปฏิบัติ					
	 ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดี 					
แพทย์	 ควรหยุดยาและพิจารณารักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 					
33	หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)					
ซอร์	รับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ แลการถบบัติ					
20.						
	อนุมัติ ไม่อนุมัติ					
	ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา					
	(
****	เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ ตำแหน่ง					
	วันที่/					

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel ข้อบ่งใช้ มะเร็งต่อมลูกทมาก ระยะแพร่กระจาย

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

	ส่วนที่ 1 ชั			
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ชื่อ-นามสกุล			
	4. สิทธิการเบิก 🔲 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 🔲 ประกันสังคม 3. AN		****************	
	🔲 สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 🔲 อื่นๆ ระบุ		***************************************	
	5. เพศ 🔲 ชาย 🔲 หญิง 6. วันเดือนปีเกิด/	d	เดือน	
	8. เลขประจำตัวประชาชน 9. รหัสโรงพยาบาล	************	********************	
	10. ได้รับ pre-authorization แล้ว 🔲 ใช่ 🔛 ไม่ใช่ 11. authorization number			
	12. น้ำหนักตัว เซนติเมตร			
			10	
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติแ	_		
	ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก วันเดือนปีที่ให้ยา			
	วันเดือนปีที่วินิจฉัย		J	
		ใช่	ไม่ใช่	
	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)			
	2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้			
	3. เป็นผู้ป่วยที่ดื้อ (refractory) ต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน			
	ระบุชื่อยาและขนาดยาที่ใช้			
	4. ระบุช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมน			
	วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาฮอร์โมน//			
	วันเดือนปีที่หยุดยา///			
	5. มีการแพร่กระจายของโรค			
นพทย์	5.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย			
K77	🗌 ตับ 🔲 สมอง 🔲 ปอด 🔲 กระดูก 🔲 อื่นๆ	••••		
	5.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค////			
	6. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด			
	ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4 ☐ ไม่ได้ประเมิน			
	7. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมต	15		
	8. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้	าร		
	(ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร โดยการใช้ร่วมกับยา prednisolone ตลอดช่วงการรักษา)			
	ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ชวด จำนวนขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ชวด จำ	นวน	ขวด	
	9. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรตระบุชื่อยา	MINE.		
	สำหรับผู้อนุมัติ 1. ❤️ ใช่ 2. ❤️ ใช่ 3. ❤️ ใช่ 5. ❤️ ใช่ 6. ❤️ ECOG 0 ถึง 1 และ 8. <u>ระบ</u> ุขนาดยาเ	ป็นไปตามเก	ณฑ์	

		ส่วนที่ 2 ข้อมูลประก	อบการอนุมัติและข้อ	มูดการใช่	ชัยา (ต่อ)
	 กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง การให้ยาครั้งนี้เป็น cycle ที่	6 cycle)	ดือนปีที่ให้ยา/.		J
димп	 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยา กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาเ สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด	นี้ในผู้ป่วย terminally ill) ละทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่ง ВСОС 3 ☐ ECOC 4 ☐ เติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย	ไม่ได้ประเมิน ตารางเมตร ลิกรัมต่อตารางเมตร บยา prednisolone ตล มิลลิกรัม/ขวด จำนว		
	ค. ข้อควรปฏิบัติ				
<i>igum</i> n	 ผู้ป่วยควรได้รับการทยุดยา (drug holiday) ห ควรทยุดยาและพิจารณารักษาด้วยแนวทางอื่น หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ programme) 	หากการรักษาล้มเหลว ได้แก่	ไม่ตอบสนองต่อการรั	รักษา	
1 105	รับรองว่าข้อมูลข้างตันเป็นความจริงทุกประการ ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ((แหน่ง)
	วันที่/		วันที่/		