

# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel

## ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล .....
- HN .....
- ลิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ .....
- AN .....
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด ...../...../.....
- อายุ ..... ปี ..... เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน .....-.....-.....
- รหัสโรงพยาบาล .....
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number .....

### 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. ผู้ป่วยรายนี้สมควรได้รับ docetaxel ด้วยเหตุผลใด (กรณารับเหตุผลตามข้อ 3.1 หรือ 3.2)  |                       |                       |
| 3.1 ไม่สามารถใช้ anthracycline ได้   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| โปรดระบุรายละเอียด .....   |                       |                       |
| 3.2 ใช้ anthracycline แล้วไม่ได้ผล และขณะนี้ได้หยุดการใช้ anthracycline แล้ว   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วันเดือนปีที่ได้รับยา anthracycline ...../...../.....  |                       |                       |
| วันเดือนปีที่หยุดยา anthracycline ...../...../.....  |                       |                       |
| 4. มีการแพร่กระจายของโรค   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย  |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....   |                       |                       |
| 4.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค ...../...../.....   |                       |                       |
| 5. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด  |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประเมิน |                       |                       |
| 6. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ..... ตารางเมตร  |                       |                       |
| 7. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... มิลลิกรัมต่อตารางเมตร (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)  |                       |                       |
| ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด  |                       |                       |
| ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด  |                       |                       |
| 8. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา .....  |                       |                       |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ 4. ☒ ใช่ 5. ☒ ECOG 0 ถึง 2 และ 7.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

การให้ยาค้างนี้เป็น cycle ที่..... (ให้ใช้ยาได้ไม่เกิน 8 cycle)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาค้างครั้งแรก ...../...../.....

เหตุผลที่ให้ยาค้างนี้ ☐ ให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก ☐ ให้ยาซ้ำหลังจากการหยุดยาชั่วคราว (drug holiday)

แพทย์

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่ขออนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประเมิน		
4. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ..... ตารางเมตร		
5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... มิลลิกรัมต่อตารางเมตร (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร) ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด		
6. ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา .....		

สำหรับผู้อนุมัติ

กรณีแรกให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก

1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 2

กรณีให้ยาซ้ำหลังจากการหยุดยาชั่วคราว (drug holiday)

1. ☒ ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 2

ค. ข้อควรปฏิบัติ

แพทย์

- ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดีมาก
- ควรหยุดยาและพิจารณาการรักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....

# แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel

## ข้อบ่งใช้ มะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลาม

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-นามสกุล .....
- HN .....
- สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ .....
- AN .....
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- วันเดือนปีเกิด ...../...../.....
- อายุ ..... ปี ..... เดือน
- เลขประจำตัวประชาชน ..... 9. รหัสโรงพยาบาล .....
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- authorization number .....
- น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม
- ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

### 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. ผู้ป่วยรายนี้สมควรได้รับ docetaxel ด้วยเหตุผลใด (กรุณาระบุเหตุผลตามข้อ 3.1 หรือ 3.2)  |                       |                       |
| 3.1 ไม่สามารถใช้ platinum ได้  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| โปรดระบุรายละเอียด .....   |                       |                       |
| 3.2 ใช้ platinum แล้วไม่ได้ผล และขณะนี้ได้หยุดการใช้ platinum แล้ว   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| วันเดือนปีที่ได้รับยา platinum ...../...../.....   |                       |                       |
| วันเดือนปีที่หยุดยา platinum ...../...../.....   |                       |                       |
| 4. มีการแพร่กระจายของโรค   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย  |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....   |                       |                       |
| 4.2 วันเดือนปีที่ตรวจพบการแพร่กระจายของโรค ...../...../.....   |                       |                       |
| 5. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด  |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประเมิน |                       |                       |
| 6. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ..... ตารางเมตร  |                       |                       |
| 7. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... มิลลิกรัมต่อตารางเมตร (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)                                     |                       |                       |
| ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด  |                       |                       |
| 8. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา .....  |                       |                       |

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ 4. ☒ ใช่ 5. ☒ ECOG 0 ถึง 1 และ 7. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

การให้ยาค้างนี้เป็น cycle ที่..... (โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ยา 4 cycle และ ไม่เกิน 6 cycle)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาค้างแรก ...../...../.....

แพทย์

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด

☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4 ☐ ไม่ได้ประเมิน

4. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ..... ตารางเมตร

5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... มิลลิกรัมต่อตารางเมตร (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)

ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด

6. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา .....

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ไม่ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 1

ค. ข้อควรปฏิบัติ

แพทย์

- ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดี
- ควรหยุดยาและพิจารณาการรักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel

### ข้อบ่งใช้ มะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล .....
2. HN .....
3. AN .....
4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม  
☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ .....
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
6. วันเดือนปีเกิด ...../...../.....
7. อายุ ..... ปี ..... เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน ..... 9. รหัสโรงพยาบาล .....
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
11. authorization number .....
12. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม
13. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

##### ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย ...../...../.....

ใช่      ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. เป็นผู้ป่วยที่ดื้อ (refractory) ต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่  
 ระบุชื่อยาและขนาดยาที่ใช้ .....
4. ระบุช่วงเวลา que ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่  
 วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาฮอร์โมน ...../...../.....  
 วันเดือนปีที่หยุดยา ...../...../.....
5. มีการแพร่กระจายของโรค ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
  - 5.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย  
☐ 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 ..... ตารางเมตร
8. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... มิลลิกรัมต่อตารางเมตร  
 (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร โดยการใช้ร่วมกับยา prednisolone ตลอดช่วงการรักษา)  
 ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด
9. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา .....

**สำหรับผู้อนุมัติ** 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 5. ☒ ใช่ 6. ☒ ECOG 0 ถึง 1 และ 8. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

วันเดือนปีที่ให้ยา .....

การให้ยาครั้งนี้เป็น cycle ที่..... (ให้ใช้ยาได้ไม่เกิน 6 cycle)

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก ...../...../.....

แพทย์

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด  
☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4 ☐ ไม่ได้ประเมิน
4. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ..... ตารางเมตร
5. ขนาดยา docetaxel ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ ..... มิลลิกรัมต่อตารางเมตร  
 (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร โดยการใช้ร่วมกับยา prednisolone ตลอดช่วงการรักษา)  
 ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด ชนิด 80 มิลลิกรัม/ขวด จำนวน ..... ขวด
6. หากผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา .....

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ECOG 0 ถึง 1 และ 5. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ค. ข้อควรปฏิบัติ

แพทย์

- ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดี
- ควรหยุดยาและพิจารณารักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....