

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib

สำหรับ acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	สกุล.....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม	
☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร ☐โดยเป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน Lansky score หรือ Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

กรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี

- ☐ Lansky score 50-100
- ☐ Lansky score 10-40 เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น

กรณีผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป

- ☐ ECOG performance status 0-2
- ☐ ECOG performance status 3-4 ที่เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น

3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ALL Ph+วันเดือนปีที่วินิจฉัย..... ☐

โดยตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- ☐ Philadelphia chromosome positive (Ph+) โดยการตรวจด้วยวิธี quantitative chromosome study
- ☐ BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)
- ☐ BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)

4. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ mg/day

เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA (m²)

5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

.....
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib

สำหรับ acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	☐ สปสช. ☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา	☐	☐
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้		
☐ 2.1 ตรวจสอบทางโลหิตวิทยา		
☐ complete hematologic response ☐ non-response		
☐ 2.2 ตรวจ chromosomal cytogenetic เพื่อประเมิน cytogenetic response		
☐ cytogenetic response ☐ cytogenetic relapse		
☐ 2.3 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)		
☐ RT-PCR negative ☐ RT-PCR positive		
☐ 2.4 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)		
☐ RQ-PCR undetected ☐ RQ-PCR detected		
3. ตรวจพบ Ph+ >95% โพรตรูปผลตรวจ..... %	☐	☐
4. ตรวจพบโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive	☐	☐
5. สรุปผลการประเมินการรักษา		
☐ stable disease to complete response ☐ progressive disease		
6. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	☐	☐
7. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ mg/day		
เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA (m ²)		
8. ระยะเวลาที่ใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

เภสัชกรผู้ตรวจสอบ

.....

(.....)

ว.....