

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งใช้ Chronic myeloid leukemia (CML)

(รายละเอียดการให้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการให้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ.....สกุล.....
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- HN.....
- รหัสโรงพยาบาล.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ.....ปี.....เดือน
- สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- Performance status ECOG ≤ 2 (ถ้า ECOG >2 ต้องเป็นจาก CML เท่านั้น) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CML โดยมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
☐ มี Philadelphia chromosome positive วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
☐ มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี PCR วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
☐ มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี FISH วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ/...../.....
- ระยะของโรคสำหรับการรักษาในครั้งนี้ ☐ chronic phase ☐ accelerated phase ☐ blastic phase
- วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....
- ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้
☐ 300 mg/d ☐ 400 mg/d ☐ 600 mg/d ☐ 800 mg/d
หมายเหตุ: กรณีขอเพิ่มขนาดยาเป็น 600 – 800 mg/day เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้เริ่มขออนุมัติใหม่
- วัน/เดือน/ปี ที่จะเริ่มให้ยา Imatinib/...../.....
- ระยะเวลาที่ขอให้ยา 90 วัน ตั้งแต่...../...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งชี้ Chronic myeloid leukemia (CML)

(รายละเอียดการให้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ.....สกุล.....
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- HN.....
- รหัสโรงพยาบาล.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- วันเดือนปีเกิด/...../.....
- อายุ.....ปี.....เดือน
- สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม
- ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

กรณีขออนุมัติให้ยาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้นี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Imatinib/...../.....
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Imatinib มาแล้วทั้งสิ้นเดือน
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้าย
 - ☐ CBC วัน/เดือน/ปี/...../.....
 - ☐ Philadelphia chromosome positive% จำนวน metaphase ที่นับ.....
วัน/เดือน/ปี/...../.....
 - ☐ RQ-PCR for ABL/BCR%IS วัน/เดือน/ปี/...../.....
- ผลการตอบสนองต่อการรักษา
 - ☐ Complete hematologic response ที่ 3 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
 - ☐ BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <35% ที่ 6 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
 - ☐ BCR-ABL gene < 1% หรือ Ph+ 0% ที่ 12 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
 - ☐ สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ วัน/เดือน/ปี/...../.....
 - ☐ สูญเสียภาวะ complete hematologic response ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ วัน/เดือน/ปี/...../.....
- ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้
 - ☐ 300 mg/d ☐ 400 mg/d ☐ 600 mg/d ☐ 800 mg/d
- ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 180 วัน ตั้งแต่...../...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว