

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib

ข้อบ่งใช้ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก อนุมัติยา 14 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ..... สกุล.....

HN..... AN.....

สิทธิการรักษา ○ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ประกันสังคม ○สวัสดิการรักษายาบาลราชการ ○ อื่นๆ ระบุ.....

เพศ ○ ชาย ○ หญิง วันเดือนปีเกิด/...../..... อายุ.....ปี.....เดือน

เลขที่ประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□ Hcode.....

ได้รับ pre-authorization แล้ว ○ ใช่ ○ ไม่ใช่ authorization number

น้ำหนักตัวกิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....

1.ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ Terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย Terminally ill) ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

2.วินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่า เป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

3.ผลการตรวจด้วย Kit (CD 117) ให้ผลบวก ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

4.โรคอยู่ในระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้ หรือมีการกระจายของโรค ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

5.จำนวนของเนื้องอก ขนาดของเนื้องอก

วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

6.ขนาดยา imatinib ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)

7.ระยะเวลาที่สั่งให้ยาในครั้งนี้ วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 4. ☒ ใช่ และ 6. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง วันเดือนปีที่ให้ยา/...../.....

ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วทั้งสิ้น รวม เดือน วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาคั้งแรก...../...../.....

1.ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ Terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย Terminally ill) ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

2.ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป ○ ใช่ ○ ไม่ใช่

3.ขนาดยา imatinib ที่ใช้ มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)

4.ระยะเวลาที่สั่งให้ยาในครั้งนี้ วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ และ 3. ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

ค. ผลการรักษา (CBC และ bone marrow)

1.วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....

ระยะเวลาห่างจากการให้ยาคั้งก่อนนาน สัปดาห์ (ควรประเมินทุก 12 สัปดาห์)

2. ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยตาม SWOG (Southwest Oncology Group) หรือ RECIST criteria

☐ โรคหายไ้หมด (complete) ☐ รักษาหายไ้บางส่วน (partial) ☐ คงที่ (stable)
☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....