

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab
 ขอบ่งใช้ ใช้สำหรับ non-Hodgkin lymphoma ในผู้ใหญ่
 ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL) กรณีใช้เป็น first-line therapy
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก (อนุมัติใช้ยา 3 เดือน)

			ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย	
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง		
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....			
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>				
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม		
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม		
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
1.	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	ผู้ป่วยมี ECOG performance status เท่ากับ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 กรณีที่ ECOG performance status 3-4 นั้น เป็นผลมาจาก <input type="checkbox"/> โรค DLBCL <input type="checkbox"/> co-morbidity อื่นๆ โปรดระบุ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DLBCL วันเดือนปีที่วินิจฉัย / / โดยมีลักษณะตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 3.1 มีการยืนยันด้วยผลการตรวจทางพยาธิวิทยา <input type="checkbox"/> 3.2 ตรวจพบ CD-20 positive โดยวิธี Immunohistochemistry <input type="checkbox"/> 3.3 ได้รับการประเมินระยะของโรค (staging) โดยยืนยันด้วย - การตรวจร่างกายทางคลินิก - การตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพรังสีช่องอกและช่องท้อง (CT scan) การตรวจไขกระดูก (bone marrow aspiration/biopsy) หรือการตรวจที่เทียบเท่า CT scan ช่องอกและช่องท้องร่วมกับ การตรวจไขกระดูก (โปรดระบุ.....) โปรดระบุระยะของโรค (staging) ระดับ (โปรดแนบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ) วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	อนุมัติให้ใช้ยา rituximab ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 4.1 ผู้ป่วยใหม่ ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือ <input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยใหม่ ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนวางแผนจะให้ R-CHOP แต่ไม่สามารถรอการอนุมัติ rituximab ได้และได้รับ CHOP ไปก่อน ระหว่างที่รอการอนุมัติยา rituximab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

5. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม
หมายเหตุ ขนาดยา rituximab ที่แนะนำคือ 375 mg/m² ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ไม่เกิน 6-8 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3 สัปดาห์
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา rituximab
 ช่อบ่งใช้ ใช้สำหรับ non-Hodgkin lymphoma ในผู้ใหญ่
 ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL) กรณีใช้เป็น first-line therapy

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย rituximab มาแล้ว 2 3 4

(ขอให้ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาก่อนการรักษาในรอบที่ 5)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา rituximab และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ <input type="checkbox"/> ตรวจสอบการตอบสนองด้วยการตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> ตรวจสอบติดตามด้วยภาพรังสี (radiologic imaging) ซ้ำ ในบริเวณที่เคยตรวจพบรอยโรค (โปรดแนบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. สรุปผลการประเมินการรักษา <input type="radio"/> complete response <input type="radio"/> partial response <input type="radio"/> no response <input type="radio"/> progressive disease		
4. ขนาดยา rituximab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม เป็นการให้ยา rituximab รอบที่ของการรักษา หมายเหตุ ขนาดยา rituximab ที่แนะนำคือ 375 mg/m ² ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ไม่เกิน 6-8 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3 สัปดาห์		
5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....