

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bendamustine
เงื่อนไข สำหรับผู้ป่วย small lymphocytic lymphoma/chronic lymphocytic leukemia และ
B-cell lymphoma ที่มีการดำเนินโรคช้า

(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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยต้องมีอายุไม่เกิน 80 ปี		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 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	กรณี ECOG performance status 3-4 นั้น เป็นผลมาจาก <input type="checkbox"/> เป็นผลจากโรคเอง <input type="checkbox"/> co-morbidity อื่นๆ โปรดระบุ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น <input type="checkbox"/> CLL/SLL <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> MCL <input type="checkbox"/> LPL/WM	วันเดือนปีที่วินิจฉัย / / โดยมีการยืนยันด้วยทุกข้อดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 4.1 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา <input type="checkbox"/> 4.2 ผลการตรวจ immunohistochemistry	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยต้องอยู่ในระยะของโรค ระดับ III-IV	โดยมีการยืนยันด้วยทุกข้อดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 5.1 ผลการตรวจร่างกายทางคลินิก <input type="checkbox"/> 5.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพรังสีช่องอก (chest X-ray หรือ CT scan) <input type="checkbox"/> 5.3 ผลภาพรังสีช่องท้อง (ultrasound หรือ CT scan) <input type="checkbox"/> 5.4 ผลการตรวจไขกระดูก (bone marrow aspiration/ biopsy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากโรคหรือมีข้อบ่งชี้ในการรักษา ตามแนวทางการรักษาของสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. อนุมัติให้ใช้ยา bendamustine ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> 7.1 ผู้ป่วย CLL/SLL ที่ไม่เคยได้รับการรักษาใดมาก่อน ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมีสภาพร่างกายไม่เหมาะสมต่อการให้ FCR หรือมี Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (CIRS-G) มากกว่าเท่ากับ 4 (ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปีและ CIRS-G น้อยกว่า 4 พิจารณาให้ FCR) <input type="checkbox"/> 7.2 ผู้ป่วย FL grade 1-3A ที่ไม่เคยได้รับการรักษาใดมาก่อน ที่อายุไม่เกิน 65 ปี (สำหรับผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตร R-CVP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

- 7.3 ผู้ป่วย LPL/WM ที่อายุไม่เกิน 65 ปี ที่ไม่เคยได้รับการรักษาใดมาก่อน (ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตร R-cyclophosphamide-dexamethasone หรือ R-CVP)
- 7.4 ผู้ป่วย MCL ที่ไม่เคยได้รับการรักษาใดมาก่อน ที่อายุมากกว่า 65 ปี หรือ hematopoietic transplant comorbidity index (HCT-CI) มากกว่าเท่ากับ 3 (สำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี และ HCT-CI น้อยกว่าเท่ากับ 2 พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตร R-CHOP/R-DHAP หรือ R-DHAP ตามด้วยการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์ด้วยเซลล์ของตนเอง)
- 7.5 ผู้ป่วยที่มี CLL/SLL, FL grade 1-3A, LPL/WM และ MCL ที่มีโรคกลับซ้ำแต่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วย bendamustine มาก่อน
8. ขนาดยา bendamustine ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม
หมายเหตุ ขนาดยา bendamustine ที่แนะนำคือ 70-90 mg/m² จำนวน 2 วัน ไม่เกิน 6 รอบ โดยห่างกันรอบละ ประมาณ 3-4 สัปดาห์
9. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bendamustine

เงื่อนไข สำหรับผู้ป่วย small lymphocytic lymphoma/chronic lymphocytic leukemia และ
B-cell lymphoma ที่มีการดำเนินโรคช้า

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง (อนุมัติใช้ยา 3 เดือน)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย bendamustine มาแล้ว 2 รอบ 3 รอบ 4 รอบ **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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 bendamustine ตาม response criteria ของ Lugano criteria โดยได้ complete response หรือ partial response และจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้		
<input type="checkbox"/> 2.1 มีผลการตรวจประเมินด้วยการตรวจร่างกาย		
<input type="checkbox"/> ไม่พบความผิดปกติ <input type="checkbox"/> พบความผิดปกติ คือ		
<input type="checkbox"/> 2.2 มีผลการตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน		
<input type="checkbox"/> ไม่พบความผิดปกติ <input type="checkbox"/> พบความผิดปกติ คือ		
<input type="checkbox"/> 2.3 มีการตรวจติดตามด้วยภาพรังสี (radiologic imaging) ซ้ำ ในบริเวณที่เคยตรวจพบรอยโรค		
วัน/เดือน/ปีที่ทำ radiologic imaging/...../.....		
<input type="checkbox"/> ไม่พบความผิดปกติ <input type="checkbox"/> พบความผิดปกติ คือ		
<input type="checkbox"/> 2.4 กรณีตรวจพบรอยโรคในไขกระดูกตั้งแต่เริ่มต้น มีการตรวจ bone marrow aspiration/ biopsy ซ้ำ		
<input type="checkbox"/> ไม่พบความผิดปกติ <input type="checkbox"/> พบความผิดปกติ คือ		
3. สรุปผลการประเมินการรักษา		
<input type="radio"/> complete response <input type="radio"/> partial response <input type="radio"/> no response <input type="radio"/> progressive disease		
4. ขนาดยา bendamustine ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม		
หมายเหตุ ขนาดยา bendamustine ที่แนะนำคือ 70-90 mg/m ² จำนวน 2 วัน ไม่เกิน 6 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3-4 สัปดาห์		
5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....