

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib

ข้อบ่งใช้ chronic myeloid leukemia (CML)

(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. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	☐ สปสช.	☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	☐	☐
2. มี ECOG performance status 0-2	☐	☐
(ในกรณีที่ ECOG performance status 3-4 นั้น ต้องเป็นผลจากโรค CML)		
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค CML โดยต้องตรวจพบข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้	☐	☐
☐ มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)	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/...../.....	
4. ระยะของโรคสำหรับการรักษาในครั้งนี้		
☐ chronic phase ☐ accelerated phase ☐ blastic phase		
5. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้		
☐ 300 mg/d ☐ 400 mg/d ☐ 600 mg/d ☐ 800 mg/d		
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
(อนุมัติให้ยา 90 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

○ อนุมัติ ○ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

ใช่ ไม่ใช่

วัน/เดือน/ปี ที่อนุมัติ/...../.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib
ข้อบ่งใช้ chronic myeloid leukemia (CML)
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

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. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	☐ สปสช.	☐ ประกันสังคม
	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง		
	วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	ใช้ ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		☐ ☐
2. วัน/เดือน/ปีที่เริ่มใช้ imatinib/...../..... รวมผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย imatinib มาแล้วทั้งสิ้นเดือน		
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด		
☐ CBC วัน/เดือน/ปี/...../.....		
☐ Philadelphia chromosome positive% จำนวน metaphase ที่นับ..... วัน/เดือน/ปี/...../.....		
☐ RQ-PCR for ABL/BCR%IS วัน/เดือน/ปี/...../.....		
4. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Imatinib		☐ ☐
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้		
- complete hematologic response ที่ 3 เดือน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
- 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	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
- สูญเสียภาวะ complete hematologic response	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
5. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้		
☐ 300 mg/d ☐ 400 mg/d ☐ 600 mg/d ☐ 800 mg/d		
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....		
(อนุมัติให้ยาทุก 180 วัน)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

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