

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib

ข้อบ่งใช้ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจาย
ของโรค

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสม
เหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก อนุมัติยา 14 วัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ..... สกุล.....

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

สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการ

รักษาพยาบาลราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□

Hcode.....

ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

authorization number

น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา

...../...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย

...../...../.....

1.ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ Terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย Terminally ill)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้

☐ 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.ระยะเวลาที่ส่งใช้ยาในครั้งนี้อยู่ วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง

...../...../..... (วัน/เดือน/ปี)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ☒ ใช่ 2. ☒ ใช่ 3. ☒ ใช่ 4. ☒ ใช่ และ 6. ระบบขนาดยาเป็นไป
ตามเกณฑ์

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง/...../..... 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.ระยะเวลาที่ส่งใช้ยาในครั้งนี้ วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../..... (วัน/เดือน/ปี)

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

ค. ผลการรักษา (CBC และ bone marrow)

1.วันเดือนปีที่ตรวจ/...../.....
 ระยะเวลาห่างจากการให้ยาคั้งก่อนนาน สัปดาห์ (ควรประเมินทุก 12 สัปดาห์)

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

☐ โรคหายไปหมด (complete) ☐ รักษาหายไปบางส่วน (partial) ☐ คงที่ (stable)

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....
 ลงนามแพทย์ผู้ส่งใช้ยา
 (.....)

.....
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ
 วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ

- ☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ

(.....)
ตำแหน่ง
วันที่/...../.....