

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bevacizumab**  
**เจ็อนไซ โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อหุ้มผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ**  
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)  
**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง**  ครั้งที่ 1     ครั้งที่ 2     ครั้งที่ 3

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศหญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....10699.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="checkbox"/> สปสช. <input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง		
	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
ยืนยันด้วยผลการประเมินรอยโรคด้วยการตรวจทางรังสีวินิจฉัยในบริเวณรอยโรคที่วัดได้		
3. สรุปผลประเมินสถานะโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อหุ้มผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ ..... /..... /.....		
<input type="checkbox"/> complete response <input type="checkbox"/> partial response <input type="checkbox"/> stable disease		
<input type="checkbox"/> progression of disease (เข้าเกณฑ์การหยุดใช้ยา)		
4. ผู้ป่วยได้รับยา bevacizumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที่ ..... /..... /.....		
การให้ยาครั้งนี้ เป็นครั้งที่ .....		
5. ขนาดยา bevacizumab ที่ขออนุมัติใช้ .....		
หมายเหตุ ขนาดยาที่แนะนำ มีดังนี้		
1). bevacizumab 7.5 mg/kg ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 5-6 cycles		
2). maintenance bevacizumab 7.5 mg/kg ทุก 3 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 18 cycles นับตั้งแต่ใช้ยาครั้งแรก		
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../..... (ขออนุมัติใช้ยาทุก 3 เดือน)		

**แพทย์ผู้สั่งใช้ยา**

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ว.....

**สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด**

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
 (.....)

ว.....  
 วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ...../...../.....