

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bevacizumab**  
**เจ็อนไซ โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ**  
*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |   |  | 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"/> ประกันสังคม |
|  | <input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ |  | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ      |

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

|    |   | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../..... | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
|----|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | <input type="checkbox"/> 2.1 มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว (epithelial ovarian cancer)   |  |                          |                          |
|    | <input type="checkbox"/> 2.2 มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ (fallopian tube cancer)  |  |                          |                          |
|    | <input type="checkbox"/> 2.3 มะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ (primary peritoneal cancer)   |  |                          |                          |
|    | โดยมีการยืนยันผลด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยา  |  |                          |                          |
| 3  | ผู้ป่วยมีลักษณะ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | <input type="checkbox"/> 3.1 เป็นผู้ป่วยระยะที่ IIIB-IIIC ที่ได้รับการผ่าตัด (debulked) แล้วมีขนาดก้อนเหลือมากกว่า 1 เซนติเมตร พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น บันทึกการผ่าตัด (ตามมาตรฐานการบันทึกทางเวชระเบียน) หรือผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยหลังการผ่าตัดที่บ่งชี้ถึงรอยโรค |  |                          |                          |
|    | <input type="checkbox"/> 3.2 เป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม (ระยะที่ IV) พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น รายงานการผ่าตัด รายงานผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เป็นต้น  |  |                          |                          |
| 4  | ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4  |  |                          |                          |
| 5. | ใช้ยา bevacizumab เป็นยาขนานแรกร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | โดยไม่เป็นการใช้ยา bevacizumab เป็นยาเดี่ยว หรือ ใช้ในกรณี subsequent therapy   |  |                          |                          |
| 6. | ขนาดยา bevacizumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม  |  |                          |                          |
|    | <b>หมายเหตุ</b> 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  |  |                          |                          |
| 7. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../.....   |  |                          |                          |

(ขออนุมัติให้ใช้ยาไม่เกิน 4 เดือน)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด  
 อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....  
วัน/เดือน/ปี ที่อนุมัติ ...../...../.....

เอกสารแนบเพิ่มเติม  
แบบประเมินคัดกรอง Barthel Activities of Daily Living (ADL)

ชื่อ..... สกุล..... เพศ ..... HN.....

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั้นได้เป็นปกติ

สรุปผลรวมคะแนน =

คะแนน

กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มติดบ้าน มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

กลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน