

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Dasatinib

สำหรับ acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

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"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร โดยเป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status <u>ข้อใดข้อหนึ่ง</u> ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ECOG performance status 0-2		
<input type="radio"/> ECOG performance status 3-4 ที่เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น		
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ALL Ph+ วัน/เดือน/ปี ที่วินิจฉัย...../...../.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โดยต้องตรวจพบข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> Philadelphia chromosome positive (Ph+) โดยการตรวจด้วยวิธี quantitative chromosome study		
<input type="checkbox"/> BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)		
<input type="checkbox"/> BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)		
4. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยา Imatinib มาก่อน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ระยะเวลาที่ได้รับยา Imatinib.....เดือน วันเดือนปีที่เริ่มได้ยา Imatinib...../...../.....		
5. ขออนุมัติใช้ยา Dasatinib เนื่องจากสาเหตุข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
5.1 ผู้ป่วย “ไม่ตอบสนอง” จากการรักษาด้วย Imatinib	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โดยเป็นตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> ตรวจพบยีน mutation ที่ต่อย่อย ชนิด.....		
<input type="checkbox"/> ใช้ยา imatinib ติดต่อกัน 1 เดือนแล้ว ยังไม่พบ complete hematologic response (CHR) หรือ Ph+ >95%		
<input type="checkbox"/> เกิดสูญเสียภาวะ complete hematologic response		
<input type="checkbox"/> หลังจากได้ complete cytogenetic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือพบ RT-PCR positive หรือพบ BCR-ABL gene ของ P190		
<input type="checkbox"/> เกิดโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)		
5.2 ผู้ป่วย “ไม่สามารถทนต่อการรักษา” ด้วยยา Imatinib	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โดยเป็นตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 4 ติดต่อกันนานเกิน 7 วัน		
<input type="checkbox"/> เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปอาการเดียวกันซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง

อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ Imatinib ได้คือ.....

6. วันเดือนปีที่วินิจฉัยว่า “ไม่ตอบสนอง” หรือ “ไม่สามารถทนต่อการรักษา” ด้วยยา Imatinib

ที่ได้รับก่อนหน้านี้/...../.....

7. ขนาดยา Dasatinib ที่ขออนุมัติใช้.....mg/day

8. ระยะเวลาที่ใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....