

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Erlotinib

ข้อบ่งใช้ non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย  
ที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก

## กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

## 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. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ .....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... (ประเมินผลการรักษาทุก 8-12 สัปดาห์) ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธี ตาม <u>ข้อใดข้อหนึ่ง</u> ดังนี้ การตรวจ <input type="radio"/> computerized tomography (CT) <input type="radio"/> magnetic resonance imaging (MRI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. สรุปผลการประเมินการต่อการรักษา <input type="radio"/> stable disease to complete response <input type="radio"/> progressive disease		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ขนาดยา erlotinib ที่จะใช้คือ 150 มิลลิกรัม ทุก.....วัน (ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา erlotinib เกินกว่าขนาด 150 มิลลิกรัมต่อวัน แม้ว่าการให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยา)		

## แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....

## สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ว.....