

แบบฟอร์มกำกับใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งใช้ Chronic myeloid leukemia (CML) (ขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางการกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญญัติยาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-สกุล..... 2. เพศ ชาย หญิง
- HN..... AN..... 4. รหัสโรงพยาบาล.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน
- วันเดือนปี เกิด/...../..... 7. อายุ.....ปีเดือน
- สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม
 สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการส่วนท้องถิ่น
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ใช่ ไม่ใช่ 10. Authorization number.....

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก (อนุมัติให้ใช้ 90 วัน) วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....

- ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วย terminally ill) ใช่ ไม่ใช่
- Performance status ECOG ≤ 2 (ถ้า ECOG > 2 ต้องเป็นจาก CML เท่านั้น) ใช่ ไม่ใช่
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CML โดยมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 มี Philadelphia chromosome positive วันเดือนปีที่ตรวจ.....
 มี BCR-ABL positive โดยการตรวจด้วยวิธี PCR วันเดือนปีที่ตรวจ.....
 มี BCR-ABL positive โดยการตรวจด้วยวิธี FISH วันเดือนปีที่ตรวจ.....
- ระยะของโรคสำหรับการรักษาครั้งนี้ Chronic Phase Accelerated Phase Blastic Phase
- วันเดือนปีที่วินิจฉัย
- ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติ
 300 mg/day 400 mg/day 600 mg/day 800 mg/day
กรณีขอเพิ่มขนาดยาเป็น 600-800 mg/day เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้เริ่มขออนุมัติใหม่
- วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา.....
- ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 90 วัน ตั้งแต่.....ถึง.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

.....

(.....)

ว.

วันที่/...../.....

ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนกำหนด)

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่/...../.....

ต้องให้แพทย์อายุรศาสตร์โรคเลือดลงนามทุกครั้ง ต้องมีการกรอกแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย (เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2)) ปรับปรุงข้อมูล มิถุนายน 2565