แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

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

(ขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-สกุล.. 2. เพศ O ชาย O หญิง

3. HN.................................. AN......................... 4. รหัสโรงพยาบาล...

5. เลขที่ประจำตัวประชาชน ....

6. วันเดือนปี เกิด ..../........../.......... 7. อายุ..........ปี ....เดือน

8. สิทธิการรักษา O หลักประกันสุขภาพภาพถ้วนหน้า O ประกันสังคม
O สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ O สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการส่วนท้องถิ่น

กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก (อนุมัติให้ใช้ 90 วัน) **วัน/เดือน/ปี ที่ขออนุมัติยา........./........../..........**

1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) O ใช่ O ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร โดยเป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน Lansky หรือ Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

   กรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี

   O Lansky score 50-100

   O Lansky score 10-40 เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น

   กรณีผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป

   O ECOG performance status 0-2

   O ECOG performance status 3-4 ที่เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น
3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ALL Ph+ O ใช่ O ไม่ใช่ วันเดือนปีที่วินิจฉัย...............................
   โดยตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

   O Philadelphia chromosome positive (Ph+) โดยการตรวจด้วยวิธี quantitative chromosome study

   O BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี RT-PCR

   O BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี RQ-PCR
4. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ ....mg/day
   เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA.......................(m^2)
5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา ตั้งแต่..................................ถึง..................................(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

....

(.......................................)

ว. ....

วันที่ ..../........../..........

ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯกำหนด)

O อนุมัติ

O ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ...

(..)

ตำแหน่ง...

วันที่ ..../........../...........

ต้องให้แพทย์อายุรศาสตร์โรคเลือดลงนามทุกครั้ง ต้องมีการกรอกแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย

(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2)) ปรับปรุงข้อมูล มิถุนายน 2565