

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib

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

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

## กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

## 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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้		
<input type="radio"/> 2.1 ตรวจสอบทางโลหิตวิทยา		
<input type="radio"/> Complete hematologic response	<input type="radio"/> Non-response	
<input type="radio"/> 2.2 ตรวจสอบ chromosomal cytogenetic เพื่อประเมิน cytogenetic response		
<input type="radio"/> Cytogenetic response	<input type="radio"/> Cytogenetic relapse	
<input type="radio"/> 2.3 ตรวจสอบ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วย reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)		
<input type="radio"/> RT-PCR negative	<input type="radio"/> RT-PCR positive	
<input type="radio"/> 2.4 ตรวจสอบ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)		
<input type="radio"/> RQ-PCR undetected	<input type="radio"/> RQ-PCR detected	
3. ตรวจพบ Ph+ >95% โปรดระบุผลตรวจ.....%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ตรวจพบโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. สรุปผลการประเมินการรักษา <input type="radio"/> stable disease to complete response <input type="radio"/> progressive disease		
6. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ ..... mg/day		
เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA ..... (m <sup>2</sup> )		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../.....		
(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

.....

.....

ว.....

ว.....