

แบบฟอร์ม จ(2)

imatinib\_ALL

ครั้งแรก

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib

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 Lansky score หรือ Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status <u>ข้อใดข้อ หนึ่ง</u> ดังต่อไปนี้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>กรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี</b>			
<input type="radio"/> Lansky score 50-100			
<input type="radio"/> Lansky score 10-40 เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น			
<b>กรณีผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป</b>			
<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. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้.....mg/day			
เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA.....(m2)			
5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....			
(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก)			

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....