

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib
ข้อบ่งใช้ chronic myeloid leukemia (CML)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่

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. วัน/เดือน/ปีที่เริ่มใช้ imatinib/...../..... รวมผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย imatinib มาแล้วทั้งสิ้นเดือน		
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด		
<input type="checkbox"/> CBC วัน/เดือน/ปี/...../.....		
<input type="checkbox"/> Philadelphia chromosome positive% จำนวน metaphase ที่นับ..... วัน/เดือน/ปี/...../.....		
<input type="checkbox"/> RQ-PCR for ABL/BCR%IS วัน/เดือน/ปี/...../.....		
4. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Imatinib	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษา ดังนี้		
- complete hematologic response ที่ 3 เดือน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
- BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <35% ที่ 6 เดือน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ยังไม่ถึงเวลาประเมิน		
- BCR-ABL gene < 1% หรือ Ph+ 0% ที่ 12 เดือน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ยังไม่ถึงเวลาประเมิน		
- สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
- สูญเสียภาวะ complete hematologic response <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
5. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้		
<input type="checkbox"/> 300 mg/d <input type="checkbox"/> 400 mg/d <input type="checkbox"/> 600 mg/d <input type="checkbox"/> 800 mg/d		
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../..... (อนุมัติให้ยาทุก 180 วัน)		

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....