

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib
 ขอบ่งใช้ chronic myeloid leukemia (CML)

(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"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. มี ECOG performance status 0-2 (ในกรณีที่ ECOG performance status 3-4 นั้น ต้องเป็นผลจากโรค CML)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค CML โดยต้องตรวจพบข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)	วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ/...../.....	
<input type="checkbox"/> มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี PCR	วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ/...../.....	
<input type="checkbox"/> มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี FISH	วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ/...../.....	
4. ระยะของโรคสำหรับการรักษาในครั้งนี้		
<input type="radio"/> chronic phase	<input type="radio"/> accelerated phase	<input type="radio"/> blastic phase
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/...../.....		
	(อนุมัติให้ยา 90 วัน)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....