

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Nilotinib ขอบ่งใช้ Chronic myeloid leukemia (CML)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ.....สกุล..... 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- HN..... 4. รหัสโรงพยาบาล.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ.....ปี.....เดือน
- สิทธิการรักษา ☐ สปสช. ☐ ประกันสังคม
- ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Nilotinib/...../.....
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Nilotinib มาแล้วทั้งสิ้นเดือน
ขนาดยา nilotinib ครั้งสุดท้ายที่ได้รับ mg/day
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้าย
☐ CBC วัน/เดือน/ปี/...../.....
☐ Philadelphia chromosome positive% จำนวน metaphase ที่นับ.....
..... วัน/เดือน/ปี/...../.....
☐ RQ-PCR for ABL/BCR%IS วัน/เดือน/ปี/...../.....
- ผลการตอบสนองต่อการรักษา
☐ Complete hematologic response ที่ 3 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
☐ BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <65% ที่ 6 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
☐ BCR-ABL gene < 10% หรือ Ph+ <35% ที่ 12 เดือน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
☐ ได้ CCyR (BCR-ABL gene < 1% หรือ Ph+ 0 % ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ วัน/เดือน/ปี/...../.....
☐ สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ วัน/เดือน/ปี/...../.....
☐ สูญเสียภาวะ Complete hematologic response ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ วัน/เดือน/ปี/...../.....
- ระยะของโรคในขณะนี้ ☐ chronic phase ☐ accelerated phase ☐ blastic phase
หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วยเกิด blast crisis ให้ไปใช้ dasatinib
- ขนาดยา Nilotinib ที่ขออนุมัติใช้ ☐ 600 mg/d ☐ 800 mg/d
- ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 180 วัน ตั้งแต่...../...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

ลงชื่อ
(.....)
ว
.....

ลงชื่อ
(.....)
ว
.....