

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่องในการใช้ยาครั้งที่ ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ-สกุล.....

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. HN.....

4. รหัสโรงพยาบาล.....10699.....

5. เลขที่ประจำตัวประชาชน

6. วันเดือนปี เกิด/...../.....

7. อายุ.....ปีเดือน

8. สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

9. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

10. Authorization number.....

11. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือ เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา bortezomib ชนิดรุนแรง

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาตามกำหนดการรักษา และยินยอมที่จะใช้ยา bortezomib

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยไม่ขาดการติดตามผลการรักษามากกว่า 3 เดือน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา

วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

การประเมินผล	ผลการประเมิน	Baseline วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน/...../.....
☐ bone marrow aspiration/ biopsy		
☐ qualitative and quantitative M-proteins level		
☐ อื่นๆ โปรดระบุ		

หมายเหตุ : แพทย์อายุรศาสตร์โรคเลือดลงนามทุกครั้งในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2)
(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2))

	ใช่	ไม่ใช่
6. สรุปผลการประเมินรักษา		
ดีกว่า partial response (>90%)		
partial response (50-90%)		
stable disease or progressive disease (≤50%)		
7. ผู้ป่วยสามารถจะทำ hematopoietic cell transplantation	☐	☐
8. ผลการรักษาหลังรอบที่ 3-4 ได้ผลไม่น้อยกว่า partial response	☐	☐
9. ผู้ป่วยได้รับการรักษายังไม่ครบ 6 รอบ	☐	☐
10. ข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับแผนการทำ hematopoietic cell transplantation		
☐ ยังมีแผนการทำ hematopoietic cell transplantation และผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการทำการ hematopoietic cell transplantation	☐	☐
และรอการทำ hematopoietic cell transplantation ภายใน เดือน ปี พ.ศ.....		
11. ขนาดยา bortezomib ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม		
หมายเหตุ แนะนำขนาดยา bortezomib 1.3 mg/m ² /dose จำนวน 4 ครั้งใน 1 รอบ ในวันที่ 1, 4, 8, 11		
หรือให้เป็นสัปดาห์ละครั้ง ทุก 3-4 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4-6 รอบ		
12. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาเริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		
	(อนุมัติให้ยาทุก 90 วัน จนกว่าจะครบ 6 รอบ)	

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

หมายเหตุ : แพทย์อายุรศาสตร์โรคเลือดลงนามทุกครั้งในแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี ๑(2)

(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี ๑(2))