

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-สกุล..... 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- HN..... 4. รหัสโรงพยาบาล.....10699.....
- เลขที่ประจำตัวประชาชน
- วันเดือนปีเกิด/...../..... 7. อายุ.....ปีเดือน
- สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 10. Authorization number.....
- น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | ☐ | ☐ |
| 2. แพทย์ผู้ทำการรักษาได้เสนอแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยรับทราบ และผู้ป่วยยินยอมที่จะทำ hematopoietic cell transplantation ในอนาคต | ☐ | ☐ |
| 3. ผู้ป่วยมีอายุไม่เกิน 70 ปี | ☐ | ☐ |
| 4. ไม่พบโรคร่วมที่มีผลต่อสุขภาพและทำให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้นจากวิธีการรักษา multiple myeloma | ☐ | ☐ |
| 5. มี hematopoietic cell transplantation specific comorbidity index (HCT-CI) น้อยกว่า 4 | | |
| โปรดระบุผลประเมิน HCT-CI เท่ากับ | ☐ | ☐ |
| 6. 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 | | |
| 7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึง/...../..... | | |

(อนุมัติให้ยา 120 วัน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

หมายเหตุ : แพทย์อายุรศาสตร์โรคเลือดลงนามทุกครั้งในแบบฟอร์มกำกับใช้ยาในบัญชี จ(2)

(เก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2))