

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Dasatinib (ต่อเนื่อง) ข้อบ่งใช้ Chronic myeloid leukemia (CML)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

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

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง วัน/เดือน/ปี/...../.....

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Dasatinib...../...../.....
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Dasatinib มาแล้วทั้งสิ้น เดือน
- 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
- ขนาดยา Dasatinib ที่ขออนุมัติใช้
 - ☒ 70-100 mg/d (chronic phase) ☐ 140-180 mg/d (accelerated phase / blastic phase)
- ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 180 วัน ตั้งแต่...../...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯกำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ
(.....)
ว