

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Dasatinib (ครั้งแรก) ขอบ่งใช้ Chronic myeloid leukemia (CML)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ข้อมูลผู้ป่วย

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

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- Performance status ECOG ≤ 2 (ถ้า ECOG >2 ต้องเป็นจาก CML เท่านั้น) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- เป็น CML และเคยได้รับการรักษาด้วย Imatinib มาก่อน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- วันเดือนปีที่วินิจฉัยโรค CML...../...../.....วันเดือนปีที่เริ่มได้ Imatinib...../...../.....
- ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วย Imatinib
ขนาดยา Imatinib ครั้งสุดท้ายที่ได้รับmg/day วันสุดท้ายที่ได้รับ Imatinib
- ล้มเหลวจากการรักษาด้วย Imatinib ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - ☐ ตรวจพบยีน mutation ที่ดื้อต่อยา imatinib แต่ไม่ดื้อต่อ dasatinib
 - ☐ ใช้ยาติดต่อกัน 3 เดือนแล้วยังไม่ได้ Complete hematologic response หรือ Ph+ $>95\%$
 - ☐ ใช้ยาติดต่อกัน 6 เดือนแล้ว BCR-ABL gene $> 10\%$ หรือ Ph+ $>35\%$
 - ☐ ใช้ยาติดต่อกัน 12 เดือนแล้ว ไม่เกิด complete cytogenetic response (BCR-ABL gene $> 1\%$ หรือ Ph+ $>0\%$)
 - ☐ เกิดสูญเสียภาวะ Complete hematologic response
 - ☐ หลังจากได้ complete cytogenetic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือ ตรวจพบ BCR-ABL gene $> 1\%$ สองครั้งต่อเนื่องกันโดยห่างกันประมาณ 2 เดือน
 - ☐ เกิด chromosome ผิดปกติอื่นขึ้น ในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive
 - ☐ โรคกำเริบจากระยะ Chronic phase ไปสู่ระยะ Accelerated หรือ Blastic crisis
- ไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วย Imatinib ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 4 ติดต่อกันนานเกิน 7 วัน
 - ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน
 - ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปอาการเดียวกันซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ Imatinib ได้คือ.....
- ผลการตรวจ ABL kinase domain mutation วันเดือนปีที่ตรวจ...../...../.....
 - ☐ No mutation ☐ Mutation ชนิด.....

(ถ้าตรวจพบ mutation Y253H, E255V/K, F359 C/I/V ให้ใช้ dasatinib แทน ถ้าตรวจพบ T315I ให้หยุดใช้ TKI ทั้งหมด)

9. ระยะของโรคขณะนี้ ☐ chronic phase ☐ accelerated phase ☐ blastic phase
10. วันเดือนปีที่วินิจฉัย failure หรือ intolerance จากยาที่ได้รับก่อนหน้านี้/...../.....
11. ขนาดยา Dasatinib ที่ขออนุมัติใช้
☒ 70-100 mg/d (chronic phase) ☐ 140-180 mg/d (accelerated phase / blastic phase)
12. วัน/เดือน/ปี ที่จะเริ่มให้ยา Dasatinib/...../.....
13. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 90 วัน ตั้งแต่...../...../.....ถึง/...../.....

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว

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