

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab
เจ็อนไซ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (adjuvant therapy)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....10699.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> สปสช.		<input type="checkbox"/> ประกันสังคม
	<input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
3. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดด้วยวิธี curative breast surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วันเดือนปีที่ผ่าตัด / / โดยเป็นการผ่าตัดด้วยวิธี		
<input type="checkbox"/> modified radical mastectomy (MRM)		
<input type="checkbox"/> breast conserved		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ		
4. ระยะของโรค		
T stage <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
N stage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
M stage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
หมายเหตุ		
1. กรณีที่โรคมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN1-3 ยกเว้น supraclavicular node positive) และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็นแบบใดก็ได้		
2. กรณีที่โรคไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) แต่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมมากกว่า 2 ซม. และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็น ER/PR negative		
5. โปรดระบุผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ดังนี้		วันเดือนปีที่ตรวจ / /
- Result; <input type="checkbox"/> infiltrating ductal carcinoma <input type="checkbox"/> mucinous <input type="checkbox"/> others (specify)		
- Number positive node/ resected nodes; <input type="checkbox"/> sentinel/..... <input type="checkbox"/> axillary/.....		
- Tumor sizes cm.		
- ER; <input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> positive		
- PR; <input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> positive		
- HER2/neu (IHC); <input type="checkbox"/> negative (0-1+) <input type="checkbox"/> equivocal 2+ <input type="checkbox"/> positive 3+		
- HER2/neu (ISH) (เฉพาะกรณี IHC 2+); <input type="checkbox"/> FISH+ <input type="checkbox"/> DISH+ <input type="checkbox"/> other		

