

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab
เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	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. ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
ยืนยันด้วยผลการประเมินการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		
<input type="checkbox"/> 3.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ		
<input type="checkbox"/> 3.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ		
4. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยา ดังนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 กรณีผู้ป่วยที่โรคมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node positive) ได้รับยา Trastuzumab ครบ		
4.2 กรณีผู้ป่วยที่ยังไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node negative) ได้รับยา Trastuzumab ครบ		
4.3 ผู้ป่วยขาดการติดต่อ		
4.4 มีอาการแสดงของภาวะ congestive heart failure		
4.5 มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF <50%)		
4.6 ต้องหยุดยานานเกิน 8 สัปดาห์		
5. สรุปผลประเมินสถานะโรคมะเร็งเต้านมของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ /..... /.....		
<input type="checkbox"/> disease free <input type="checkbox"/> relapsed disease วันที่ /..... /.....		
6. ผู้ป่วยได้รับยา Trastuzumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที่ /..... /.....		
การให้ยาครั้งนี้ เป็นครั้งที่		
7. ขนาดยา Trastuzumab ที่ขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง mg		
8. ระยะเวลาที่ใช้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		

(ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

ลงชื่อ
(.....)
ว.....
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....