

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab
เจ็อนไซ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (neo-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. 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		
4. โปรดระบุผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ดังนี้		
- 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		
5. มีการประเมินระยะของโรคว่าไม่มีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น (M0)		
โปรดระบุผลการตรวจ ดังนี้		
5.1 CXR; วันเดือนปีที่ตรวจ / / , <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal.....		
5.2 Ultrasound liver; วันเดือนปีที่ตรวจ / / , <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal.....		
5.3 Bone scan; วันเดือนปีที่ตรวจ / / , <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal.....		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
5.4 อื่น ๆ โปรตระบุ วันเดือนปีที่ตรวจ / / , <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal.....		
6. มีผลการตรวจการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ วันเดือนปีที่ตรวจ / / <input type="checkbox"/> 6.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรตระบุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรตระบุ		
7. มีการปรึกษาศัลยแพทย์ถึงการรักษาแบบ curative surgery หลังจากได้ neo-adjuvant therapy ครบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา <input type="checkbox"/> AC_Paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> AC_Paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> other regimen ระบุ		
9. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		

(ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....