UTTARADIT HOSPITAL

ใบกำกับการใช้ยา High Cost Oncology Drug Under Regulation

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ.. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง **BW............. kg Ht............ cm BSA...........m^2**

HN......................................☐ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ เงินสดจ่ายเอง ☐ อื่นๆ..................................

Liposomal doxorubicin (Lipodox®)

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา:

<u>โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง</u>

<u>Cycle or month</u> ☐1st ☐2nd ☐3rd ☐4th ☐5th ☐6th ☐7th ☐8th

ข้อบ่งชี้

1. ☐ **สำหรับ advanced ovarian cancer มีข้อบ่งชี้ดังนี้**
   - ☐ 2nd line treatment
   - ☐ Platinum resistance
   - ☐ ให้ยาเป็น monotherapy

2. ☐ **สำหรับ HIV associated-Kaposi sarcoma มีข้อบ่งชี้ดังนี้**
   - ☐ มี visceral organ involvement หรือ extensive skin lesion
   - ☐ ให้ยาเป็น monotherapy
   - ☐ มีแผนจะให้ antiretroviral

ข้อบ่งชี้อื่น (ไม่ตรงเงื่อนไขการเบิกจ่าย) โปรดระบุ...

ยาที่ขออนุมัติใช้

☐ **Liposomal doxorubicin 40-50 mg/m^2................. mg every 3 weeks ทั้งหมดไม่เกิน 8 cycles**

☐ **Liposomal doxorubicin 20 mg/m^2....................... mg every 2-3 weeks**

ระยะเวลาอนุมัติครั้งละไม่เกิน 3 เดือน จะเริ่มใช้ยาวันที่............./............./..................

กรณีขอต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่สองผลการรักษา มีการตอบสนอง ☐CR, ☐PR, ☐SD, ☐PD

เหตุผลของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

1. เกิด ADR/SE 2. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย 3. ไม่มียา ED ให้ใช้

4. มีContraindication หรือ Drug Interaction กับยา ED 5.ยา ED แพงกว่า 6. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

<u>ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ</u>

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา..รหัสแพทย์.................................

วันที่............./............./..................

☐ อายุรแพทย์สาขา oncology/hematology ☐ แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ☐ ศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา ☐ สูตินรีเวชมะเร็งวิทยา

1. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ .... (...) แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน............................. วันที่...
2. ความเห็นประกอบการพิจารณา **ราคายาต่อ Cycle ....บาท x ....Cycle**	ลงชื่อ .... (นางสาวเทียมใจ ตั้งเจริญไพศาล) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม วันที่...
3. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ .... (...) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ วันที่...

ผลการขออนุมัติใช้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่น ๆ ....

ลงชื่อ... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(...)

วันที่......../......../...........