



UTTARADIT HOSPITAL

ใบกำกับการใช้ยา High Cost Oncology Drug Under Regulation

ข้อมูลผู้ป่วย	
ชื่อ.....เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง BW..... kg Ht..... cm BSA.....m ²	
HN..... <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> เงินสดจ่ายเอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
Palonosetron (Aloxi®)	
ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา:	
โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง	
Cycle or month <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> 4 th <input type="checkbox"/> 5 th <input type="checkbox"/> 6 th <input type="checkbox"/> 7 th <input type="checkbox"/> 8 th <input type="checkbox"/> 9 th <input type="checkbox"/> 10 th <input type="checkbox"/> 11 th <input type="checkbox"/> 12 th plan.....cycle	
ข้อบ่งชี้	
ใช้เป็นยาป้องกันอาการอาเจียนที่เกิดจากยาเคมีบำบัดชนิด high emetogenic chemotherapy เฉพาะในกรณีที่ได้รับยาแก้อาเจียนสูตรมาตรฐานที่ประกอบด้วย Olanzapine มาแล้ว และไม่สามารถควบคุมอาการอาเจียนได้ ดังนี้	
1. ได้ผ่านการให้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ Ondansetron + Dexamethasone + Olanzapine tablet ตามสูตรมาตรฐานของการให้ยามาแล้วและยังมีอาการอาเจียนหลังได้รับยาเคมีบำบัด <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	2. ได้รับยาเคมีบำบัดที่กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนสูง(HEC) <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ คือ <input type="checkbox"/> Cisplatin ≥ 70 mg/m ² <input type="checkbox"/> Dacarbazine <input type="checkbox"/> Doxorubicin ≥ 60 mg/m ² <input type="checkbox"/> Ifosfamide ≥ 2 gm/m ² per dose <input type="checkbox"/> Cyclophosphamide ≥ 1500 mg/m ² <input type="checkbox"/> Doxorubicin Cyclophosphamide combination ได้แก่ สูตร AC, CHOP <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
3. ใช้ยา Aprepitant ร่วมกับ Palonosetron <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
สำหรับผู้อนุมัติเกณฑ์การขออนุมัติใช้ยาครั้งแรกคือ 1.ใช่ 2.ใช่ 3) ไม่ใช่	
ยาที่ขออนุมัติใช้	
<input type="checkbox"/> Palonosetron (Aloxi®) 0.25 mg single dose IV slow push 30 นาที ก่อนให้ยาเคมีบำบัด Day 1 ร่วมกับ Dexamethasone 12 mg IV/PO Day 1, 8 mg IV/PO Day 2-4 + Olanzapine 5 – 10 mg/day Day 1-4	
เหตุผลของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 1. เกิด ADR/SE 2. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย 3. ไม่มียา ED ให้ใช้ 4. มี Contraindication หรือ Drug Interaction กับยา ED 5. ยา ED แพงกว่า 6. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)	
ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์..... วันที่...../...../.....	
<input type="checkbox"/> อายุรแพทย์สาขา oncology/hematology <input type="checkbox"/> แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> สูติรีเวชมะเร็งวิทยา	
1. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (.....) แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน..... วันที่.....
2. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (นางสาวเทียมใจ ตั้งเจริญไพศาล) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม วันที่.....
3. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (.....) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ วันที่.....

ผลการขออนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่มีอยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
 (.....)
 วันที่...../...../.....