



# 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 <sup>2</sup>	
HN..... <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> เงินสดจ่ายเอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
Pemetrexed (Alimta®)	
ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา: โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง	
Cycle or month <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>th</sup>	
ข้อบ่งชี้	
1. สำหรับโรคมะเร็งปอด non-small cell ระยะลุกลามแพร่กระจาย	
1.1 first line therapy <input type="checkbox"/> มีผลพยาธิวิทยายืนยันเป็น non-squamous NSCLC	
<input type="checkbox"/> ใช้ร่วมกับ cisplatin เท่านั้น	
1.2 second line therapy <input type="checkbox"/> มีผลพยาธิวิทยายืนยันเป็น non-squamous NSCLC	
<input type="checkbox"/> ใช้เป็นยาเดี่ยว (monotherapy)	
2. สำหรับ locally advanced unresectable or metastatic malignant mesothelioma	
<input type="checkbox"/> มีผลพยาธิวิทยายืนยันเป็น mesothelioma	
<input type="checkbox"/> ใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดกลุ่ม platinum (cisplatin or carboplatin)	
ข้อบ่งชี้อื่น (ไม่ตรงเงื่อนไขการเบิกจ่าย) โปรดระบุ .....	
ยาที่ขออนุมัติใช้	
ข้อบ่งชี้ 1.1 และ 1.2 <input type="checkbox"/> Pemetrexed (Alimta®) 500 mg/m <sup>2</sup> dose ..... mg every 3 weeks จำนวน 4-6 cycles	
ข้อบ่งชี้ 2 <input type="checkbox"/> Pemetrexed (Alimta®) 500 mg/m <sup>2</sup> dose ..... mg every 3 weeks จำนวน ไม่เกิน 8 cycles	
ให้ B12 1000 mcg IM ก่อนเริ่มยา 1 สัปดาห์และทุก 3 cycles และให้ folic acid supplement 500-1000 mcg/day	
ระยะเวลาอนุมัติครั้งละไม่เกิน 3 เดือน จะเริ่มใช้ยาวันที่...../...../.....	
กรณีขอต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่สอง ผลการรักษา มีการตอบสนอง <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD	
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. มีContraindication หรือ Drug Interaction กับยา ED 5. ยา ED แพงกว่า 6. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)	
ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา..... เลขใบประกอบวิชาชีพ ..... 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 ราคายาต่อ Cycle.....บาท x .....Cycle	ลงชื่อ ..... (นางสาวเทียมใจ ตั้งเจริญไพศาล) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม วันที่.....
3. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ ..... (.....) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ วันที่.....

### ผลการขออนุมัติใช้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่น ๆ .....  
.....

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)

วันที่...../...../.....