

แบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ Erythropoietin-beta 30,000 (Recormon®)
(NED-เฉพาะ staffอายุรศาสตร์สาขา oncology/hematology/ศัลยศาสตร์มะเร็งรังสีรักษา/มะเร็งนรีเวช)

1. ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส.อายุ.....ปี HN.....
AN.....Ward/ห้องตรวจ.....เตียง.....

สิทธิการรักษา ☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ/เบิกต้นสังกัด ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ข้าราชการ

2. ข้อมูลประกอบการอนุมัติ ☐ อนุมัติ ใช้ครั้งแรก วันที่เริ่ม..... ☐ อนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป วันที่.....

<input type="checkbox"/> A. Myelodysplastic Syndrome (MDS)			<input type="checkbox"/> B. Chemotherapy induced anemia		
A.1 ข้อมูลประกอบการอนุมัติ			B.1 ข้อมูลประกอบการอนุมัติ		
ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกใช้จะต้องมีคุณสมบัติครบทั้ง 3 Criteria			ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องตรงตามข้อ		
<input type="checkbox"/> 1. Symptomatic anemia หรือ Hb < 8 gm/dl <input type="checkbox"/> 2. MDS subtype () 2.1 Refractory anemia (RA) () 2.2 Refractory anemia with ringed sideroblast (RARS) () 2.3 Refractory cytopenia with multilineage dysplasia (RCMD) () 2.4 Refractory cytopenia with multilineage dysplasia and ringed multilineage dysplasia (RCMD-RS) () 2.5 Refractory anemia with excess BLAST-I (RAEB-I) <input type="checkbox"/> 3. Serum erythropoietin level ≤ 500 MU/ml			<input type="checkbox"/> 1.1 มีภาวะเลือดจาง anemia Hct ≤ 30% (Hct.....%) วันที่..... หรือมีค่า Hb < 10 g/dl (Hb.....g/dl) วันที่..... <input type="checkbox"/> 1.2 ไม่ใช่สาเหตุจาก Hemolysis (Reticulocyte >1 %) <input type="checkbox"/> 1.3 ไม่ใช่สาเหตุจาก Iron deficiency anemia (Ferritin<50 ng/ml) <input type="checkbox"/> 1.4 ไม่ใช่สาเหตุจาก Renal insufficiency (GFR< 30ml/min) <input type="checkbox"/> 1.5 ผู้ป่วยไม่ได้รับ Chemotherapy ใน indication- adjuvant หรือเป็น Curative intent Note: ใช้กรณีผู้ป่วย breast, advanced head and neck, lymphoid, non-small cell lung และ cervical cancer ที่ได้รับ chemotherapy with non-curative intent		
A.2 การประเมินรักษา (กรอกเฉพาะขออนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)			B.2 การประเมินรักษา (กรอกเฉพาะขออนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)		
1. Criteria of response Hb เพิ่มขึ้นมากกว่า 1.5 g/dl ภายใน 2 เดือน หรือมีความต้องการเลือดลดลงกว่า 2 ถังต่อเดือนเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษา Criteria ของการหยุดยา: 1) ไม่ได้ RESPONSE ตาม Criteria ในเวลา 3 เดือนครึ่ง 2) Hb ≥ 12 g/dl 3) แพทย์รุนแรง			1) Target Hb Concentration 10-12 g/dl 2) ประเมินผลที่ 4 และ 8 สัปดาห์หลังการรักษา 3) หาก Hb ไม่เพิ่มขึ้น (Hb increase < 1 g/dl) หลังการใช้ 8-9 สัปดาห์ ให้หยุดยา และให้ PRC Transfusion แทน 4) ให้หยุดยาเมื่อหยุดการให้ Chemotherapy หรือรังสีรักษา		
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรอกเฉพาะขออนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)			ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรอกเฉพาะขออนุมัติใช้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)		
วัน/เดือน/ปี/...../...../...../.....	วัน/เดือน/ปี/...../...../...../.....
Hb			Hb		
จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน			จำนวนครั้งให้เลือด/เดือน		

3. ข้อมูลการใช้ยา

วันที่เริ่มส่งจ่าย.....Erythropoietin-beta 30,000 (Recormon®) Sc.....vial ต่อ.....สัปดาห์ จำนวน.....เข็ม (ต้องมีแบบบันทึกประกอบการส่งจ่ายยา และอนุมัติให้ใช้ไม่เกิน 2 เดือน)

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....(.....)

แพทย์เฉพาะทางผู้ส่งจ่ายยา ด้าน.....วันที่...../...../.....

กรณีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม ให้เสนอขออนุมัติต่อตามลำดับ

1.ความเห็นของแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....

2 .ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ /ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....