



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.....	
Temozolomide (Temodal®)	
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 <input type="checkbox"/>	
ข้อบ่งชี้ 1. <input type="checkbox"/> สำหรับรักษาเสริมผู้ป่วยglioblastomamultiforme เท่านั้นและมีข้อบ่งชี้ดังนี้ <input type="checkbox"/> ได้รับการผ่าตัด tumor removal <input type="checkbox"/> ให้ยาร่วมกับการฉายรังสี <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมี performance status ECOG 0-1 หรือ <input type="checkbox"/> ตรวจ tumor tissue มี hypermethylation ของ MGMTpromoter	2. <input type="checkbox"/> สำหรับ recurrent high grade gliomas มีข้อบ่งชี้ดังนี้ <input type="checkbox"/> เคยได้รับการผ่าตัดและ/หรือ ฉายรังสีมาก่อน <input type="checkbox"/> ให้ยาเป็น monotherapy <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมี performance status ECOG 0-1 หรือ <input type="checkbox"/> ตรวจ tumor tissue มี hypermethylation ของ MGMTpromoter
ข้อบ่งชี้อื่น (ไม่ตรงเงื่อนไขการเบิกจ่าย) โปรดระบุ.....	
ยาที่ขออนุมัติใช้ ข้อบ่งชี้ 1 <input type="checkbox"/> Temozolomide 75 mg/m ² mg daily จำนวน 42 วัน ร่วมกับการฉายรังสี <input type="checkbox"/> Temozolomide 150-200 mg/m ² mg daily 5 วัน ทุก 4 สัปดาห์ทั้งหมด 6 cycles ข้อบ่งชี้ 2 <input type="checkbox"/> Temozolomide 150-200 mg/m ² mg daily 5 วัน ทุก 4 สัปดาห์ทั้งหมดไม่เกิน 8 cycles ระยะเวลาอนุมัติครั้งละไม่เกิน 3 เดือน จะเริ่มใช้ยาวันที่...../...../.....	
- ยังไม่มีหลักฐานถึง benefit ที่ชัดเจนของการใช้ยาในรูปแบบอื่น เช่น dose dense, maintenance - ไม่ควรใช้ร่วมกับ Valproic acid หากจำเป็นให้ลดขนาดยา Temozolomide - ในกรณี recurrent สามารถใช้ยาได้สูงสุดเป็นเวลา 2 ปี หรือ Until progression - ให้กินยาก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง	
กรณีขอต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่สองผลการรักษา 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. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)	
ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ <div style="text-align: right;"> ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์..... วันที่...../...../..... </div>	
<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 xCycle	ลงชื่อ..... (นางสาวเทียมใจ ตั้งเจริญไพศาล) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม วันที่.....

ผลการขออนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
 วันที่...../...../.....