



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.....	
Topotecan (Hycamtin®)	
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. สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ระยะแพร่กระจายมีข้อบ่งชี้ดังนี้ <input type="checkbox"/> ใช้เป็น 2 nd line therapy <input type="checkbox"/> เคยได้รับยากลุ่ม platinum มาก่อนแล้วมี progressive disease	2. สำหรับผู้ป่วย small cell lung cancer <input type="checkbox"/> ใช้เป็น 2 nd line therapy <input type="checkbox"/> เคยได้รับยากลุ่ม platinum มาก่อนแล้วมี progressive disease (≤ 6 เดือน) 3. สำหรับผู้ป่วย cervical cancer <input type="checkbox"/> ระยะ IIIB หรือ IV ที่มี persistent disease ที่ unresectable และไม่สามารถฉายรังสีเพิ่มเติมได้ หรือ recurrence/metastatic disease <input type="checkbox"/> ต้องให้เป็น iv form และให้ร่วมกับ cisplatin
ข้อบ่งชี้อื่น (ไม่ตรงเงื่อนไขการเบิกจ่าย) โปรดระบุ.....	
ยาที่ขออนุมัติใช้	
<input type="checkbox"/> Topotecan (Hycamtin®) dose 0.75-1.5 mg/m ² x 5 days mg/cycle every 21 days หรือ <input type="checkbox"/> PO Topotecan (Hycamtin®) dose 2.3 mg/m ² x 5 days mg/cycle every 21 days 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.....รหัสแพทย์..... วันที่...../...../.....	
<input type="checkbox"/> อายุรแพทย์สาขา oncology/hematology <input type="checkbox"/> แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> สูตินรีเวชมะเร็งวิทยา	
1. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (.....) แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน..... วันที่.....
2. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (นางมาลินี ไควนิษฐ์) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม วันที่.....
3. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (.....) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ วันที่.....

ผลการขออนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- ☐ อื่น ๆ

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