

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab ใช้ยาต่อเนื่อง(อนุมัติทุก6เดือน)

ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

(ส่งแบบกำกับ ล่วงหน้าทุกครั้ง ก่อนการสั่งใช้ยา)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ .10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ตติยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขา ☐ อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา☐ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ☐ อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี _____ เดือน

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ข้อมูลทางคลินิก

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา ____/____/____

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

กรณีขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่อง (อนุมัติทุก 6 เดือน) ☐ ครั้งที่ 1 ☐ ครั้งที่ 2

- น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร BSA _____
- ผู้ป่วยมี ECOG performance status ☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4
- ผลการตรวจการทำงานของหัวใจครั้งสุดท้าย วันที่ ____/____/____ ได้ผล LVEF _____ % โดยวิธี ☐ 2-D/3-D echocardiogram ☐ MUGA
- ผู้ป่วยได้รับยา Trastuzumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา วันที่ ____/____/____
☐ เป็นครั้งที่ _____ ของการเริ่มต้นยาแบบทุก 3 สัปดาห์ หรือ
☐ เป็นครั้งที่ _____ ของการเริ่มต้นยาแบบทุก 1 สัปดาห์
- ขนาดยา Trastuzumab ที่ขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง คือ _____ mg ทุก _____ สัปดาห์
- ประเมินสถานะโรคมะเร็งเต้านมของผู้ป่วยครั้งสุดท้าย วันที่ ____/____/____
☐ disease free ☐ relapsed disease วันที่ ____/____/____

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....เลข ว.....
วันที่...../...../.....



2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มติดส่งยา ชั้น 5 โทร 1128
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....



4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....