



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.....									
Tegafur/Gimeracil/Oteracil Potassium (TS-ONE [®])									
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 (ให้แนบสำเนาเวชระเบียนที่ระบุเหตุผล) <input type="checkbox"/> 1. Gastric cancer <input type="checkbox"/> 1.1 Advance gastric cancer (Unresectable advanced gastric cancer) ใช้น้ำร่วมกับ Cisplatin หรือแบบ Monotherapy สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อ Cisplatin <input type="checkbox"/> 1.2 Adjuvant ใน Locally advanced gastric cancer แบบ Monotherapy <input type="checkbox"/> 2. Pancreatic Cancer <input type="checkbox"/> 2.1 Locally advanced, Unresectable หรือ Metastasis แบบ Monotherapy <input type="checkbox"/> 2.2 Post-operative adjuvant chemotherapy แบบ Monotherapy <input type="checkbox"/> 3. Colorectal Cancer (Locally advanced, Unresectable หรือ Metastasis) <input type="checkbox"/> ผ่านการใช้ยาสูตร 5FU based regimen intravenous และ/หรือยาสูตร FOXFOL(FOXFOL4 หรือ m FOXFOL6) มาแล้ว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถให้ยา 5FU Intravenous ได้ เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> 4. Non small cell lung Cancer(NSCLC) <input type="checkbox"/> 4.1 Locally advanced, Unresectable หรือ Metastasis ใช้น้ำร่วมกับ Carboplatin <input type="checkbox"/> 4.2 ผู้ป่วยที่เคยรักษาด้วยยากกลุ่ม Platinum-base มาแล้ว แบบ Monotherapy <input type="checkbox"/> 5. Breast Cancer (HER-2 negative, Metastasis) แบบ Monotherapy	ขนาดยา ขนาดยา TS-ONE วันละ 2 ครั้ง ขนาดยามาตรฐานซึ่งแสดงในตารางข้างล่าง เป็นขนาดเริ่มต้นที่แนะนำในผู้ใหญ่ โดยยึดตามพื้นที่ผิวกาย (Body Surface Area) <table><tr><td>พื้นที่ผิวกายต่อตารางเมตร</td><td>ขนาดยาเริ่มต้นเทียบเท่า (Tegafur)</td></tr><tr><td>น้อยกว่า 1.25</td><td>40 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง</td></tr><tr><td>1.25 – น้อยกว่า 1.5</td><td>50 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง</td></tr><tr><td>มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5</td><td>60 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง</td></tr></table> * ลดลงช่วงละ 10 มิลลิกรัม โดยขนาดยาต่ำสุดที่ให้ (Lower limit dose) 40 มิลลิกรัมต่อวัน ** รพ.อุดรดิตถ์ มียาขนาด 20 mg/tab	พื้นที่ผิวกายต่อตารางเมตร	ขนาดยาเริ่มต้นเทียบเท่า (Tegafur)	น้อยกว่า 1.25	40 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง	1.25 – น้อยกว่า 1.5	50 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง	มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5	60 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
พื้นที่ผิวกายต่อตารางเมตร	ขนาดยาเริ่มต้นเทียบเท่า (Tegafur)								
น้อยกว่า 1.25	40 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง								
1.25 – น้อยกว่า 1.5	50 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง								
มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5	60 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง								
ข้อบ่งชี้อื่น (ไม่ตรงเงื่อนไขการเบิกจ่าย) โปรดระบุ.....									
ยาที่ขออนุมัติใช้ ข้อบ่งชี้ 1-5 Monotherapy <input type="checkbox"/> การให้ยา TS-ONE วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า และหลังอาหารเย็น 28 วัน ติดต่อกัน พัก 14 วัน Combination Therapy <input type="checkbox"/> Gastric Cancer ควรให้ยา TS-ONE หลังอาหารวันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 21 วัน ร่วมกับการให้ยา Cisplatin 60 mg/m ² ในวันที่ 8 ของแผนการรักษา พัก 14 วัน ให้ยาซ้ำทุก 5 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> NSCLC ควรให้ยา TS-ONE หลังอาหารวันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 14 วัน ร่วมกับการให้ยา Carboplatin AUC=5 ในวันที่ 1 ของแผนการรักษา ให้ยาซ้ำทุก 3 สัปดาห์	Combination Therapy <input type="checkbox"/> Colorectal Cancer <input type="checkbox"/> 1 st line ควรให้ยา TS-ONE หลังอาหารวันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 14 วัน ร่วมกับการให้ยา Oxaliplatin 130 mg/ m ² ในวันที่ 1 ของแผนการรักษา ให้ยาซ้ำทุก 3 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2 nd line ให้รับประทานยา TS-ONE หลังอาหารวันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 14 วัน ร่วมกับการให้ยา Irinotecan 125 mg/m ² ในวันที่ 1 และ 15 ให้ยาซ้ำทุก 4 สัปดาห์								
ระยะเวลาอนุมัติครั้งละไม่เกิน 3 เดือน จะเริ่มใช้ยาวันที่...../...../.....									
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>ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์..... วันที่...../...../.....</div>									
<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 ราคาต่อ Cycle.....บาท xCycle	ลงชื่อ (นางสาวเทียมใจ ตั้งเจริญไพศาล) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม วันที่.....								
3. ความเห็นประกอบการพิจารณา.....	ลงชื่อ (.....) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ วันที่.....								



ผลการขออนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่มีอยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

วันที่...../...../.....