

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านม ระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ
(กรณีระยะเริ่มต้นต้องผ่านการให้ยา Anthracycline มาแล้วไม่ได้ผล หรือไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม anthracycline ได้)
(ส่งแบบกำกับ ล่วงหน้าทุกครั้ง ก่อนการส่งยา)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัส รพ .10673 เป็นสถานพยาบาลระดับ ดติยภูมิ
 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____
 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขา
☐ อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา ☐ ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ☐ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____
 สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
 วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี เลขประจำตัวประชาชน _____

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา ____/____/____

ก. กรณีการขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 2) วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 วันเดือนปีที่วินิจฉัย ____/____/____ ได้แนบผลการตรวจมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 3) ผู้ป่วยรายนี้สมควรได้รับ docetaxel (กรณีระบุเหตุผลตามข้อ 3.1 หรือ 3.2) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 3.1) ผู้ป่วยมี left ventricular ejection fraction น้อยกว่า 50% หรือเคยได้รับ anthracycline มาก่อน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 (กรุณานแนบผลตรวจ echocardiogram มาพร้อมแบบฟอร์มนี้)
 3.2) ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา paclitaxel หรือมีโรคกลับเป็นซ้ำหลังได้ adjuvant paclitaxel ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ภายในระยะเวลา 1 ปี
- 4) มีการแพร่กระจายของโรค คือ ☐ ตับ ☐ สมอง ☐ ปอด ☐ กระดูก ☐ อื่นๆ _____ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 วันเดือนปีที่ตรวจ ____/____/____ ได้แนบผลการตรวจมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 5) สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด ☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4
- 6) น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย _____ ตารางเมตร
- 7) ขนาดยาต่อวันที่สั่งใช้ในครั้งนี้ _____ มิลลิกรัม คิดเป็นขนาดยา _____ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร
 (ขนาดยาที่แนะนำคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร)
- 8) ผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วย ระบุชื่อยา _____ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ เกณฑ์การขออนุมัติให้ยาครั้งแรกคือ 1) ไม่ใช่ 2) ใช่ 3) ใช่ 4) ใช่ และ 5) ECOG 0 ถึง 2

ข. กรณีการขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 2) วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก ____/____/____ การให้ยาครั้งนี้เป็น cycle ที่ _____ (ไม่เกิน 8 cycle)
- 3) เหตุผลที่ให้ยาครั้งนี้ ☐ ให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก ☐ ให้ยาซ้ำหลังจากการหยุดยาชั่วคราว (drug holiday)
- 4) กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

โปรดแสดงหลักฐานตามที่ระบุไว้ในหัวข้อ ค.ผลการรักษา ด้านล่าง

- 5) สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด ☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4
- 6) น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย _____ ตารางเมตร
- 7) ขนาดยาต่อวันที่สั่งใช้ในครั้งนี้ _____ มิลลิกรัม คิดเป็นขนาดยา _____ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร

สำหรับผู้อนุมัติ เกณฑ์การขออนุมัติให้ยาครั้งที่สองเป็นต้นไปแยกเป็น 2 กรณีคือ
 กรณีแรก 1) ไม่ใช่ 3) ให้ยาต่อเนื่องจากครั้งแรก 4) ใช่ 5) ECOG 0 ถึง 2
 หรือ กรณีที่สอง 1) ไม่ใช่ 3) ให้ยาซ้ำหลังจากการหยุดยาชั่วคราว (drug holiday) 5) ECOG 0 ถึง 2

ค. ผลการรักษา

- 1) วันเดือนปีที่ตรวจ ____/____/____ ระยะเวลาห่างจากการให้ยาครั้งแรกนาน _____ สัปดาห์
- 2) ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ได้แนบผลการตรวจมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
☐ โรคหายไปหมด (complete) ☐ ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงหรือหายไปบางส่วน (partial)
☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)
- 3) ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) เนื่องจากการตอบสนองดีมาก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 4) ควรหยุดยาและพิจารณาการรักษาด้วยแนวทางอื่นเนื่องจากการรักษาล้มเหลว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1.แพทย์ผู้ส่งยา.....เลข ว.....
 วันที่...../...../.....

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

ลงชื่อ.....
 วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มที่คลังยา ชั้น 5 โทร 1128
 ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ลงชื่อ.....
 วันที่.....

4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
 เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
 เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
 วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
 [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
 วันที่.....