

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel
ข้อบ่งใช้ มะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย
(ส่งแบบกำกับกับ ล่วงหน้าทุกครั้ง ก่อนการส่งยา)

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

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

ข้อมูลผู้ป่วย

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

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

วัน-เดือน-ปีที่ให้ยา ____/____/____

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

ก. กรณีการขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 2) วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
วันเดือนปีที่วินิจฉัย ____/____/____ ได้แนบผลการตรวจมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 3) เป็นผู้ป่วยที่ดื้อ (refractory) ต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ระบุชื่อยาและขนาดยาที่ใช้ _____
- 4) ระบุช่วงเวลาที่ได้รับรักษาด้วยยาฮอร์โมน _____
วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาฮอร์โมน ____/____/____ วันเดือนปีที่หยุดยา ____/____/____
- 5) มีการแพร่กระจายของโรค ☐ ดับ ☐ ปอด ☐ สมอ ☐ กระดูก ☐ อื่นๆ _____ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
วันเดือนปีที่ตรวจ ____/____/____ ได้แนบผลการตรวจมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 6) สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด ☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4
- 7) น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย _____ ตารางเมตร
- 8) ขนาดยาต่อวันที่สั่งใช้ในครั้งนี้ _____ มิลลิกรัม คิดเป็นขนาดยา _____ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร
(ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร โดยการใช้ร่วมกับ prednisolone ตลอดช่วงของการรักษา)
- 9) ผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วย ระบุชื่อยา _____ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ เกณฑ์การขออนุมัติให้ยาครั้งแรกคือ 1) ไม่ใช่ 2) ใช่ 3) ใช่ 5) ใช่ 6) ECOG 0 ถึง 1 และ 9) ไม่ใช่

ข. กรณีการขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 2) วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก ____/____/____ การให้ยาครั้งนี้เป็น cycle ที่ _____ (ไม่เกิน 6 cycle)
- 3) ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
โปรดแสดงหลักฐานตามที่ระบุไว้ในหัวข้อ ค. ผลการรักษา ด้านล่าง
- 4) สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด ☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4
- 5) น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย _____ ตารางเมตร
- 6) ขนาดยาต่อวันที่สั่งใช้ในครั้งนี้ _____ มิลลิกรัม คิดเป็นขนาดยา _____ มิลลิกรัมต่อตารางเมตร
- 7) ผู้ป่วยได้รับ chemotherapy อื่นร่วมด้วย ระบุชื่อยา _____ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สำหรับผู้อนุมัติ เกณฑ์การขออนุมัติให้ยาดังแต่ครั้งที่สองเป็นต้นไปคือ 1) ไม่ใช่ 3) ใช่ 4) ECOG 0 ถึง 1 และ 7) ไม่ใช่

ค. ผลการรักษา

- 1) วันเดือนปีที่ตรวจ ____/____/____ ระยะเวลาห่างจากการให้ยาครั้งแรกนาน _____ สัปดาห์
- 2) ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย แนบผลการตรวจมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
☐ โรคหายไปหมด (complete) ☐ ก่อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงหรือหายไปในบางส่วน (partial)
☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)
- 3) ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยาเนื่องจากการตอบสนองดี ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 4) ควรหยุดยาและพิจารณาการรักษาด้วยแนวทางอื่นเนื่องจากการรักษาล้มเหลว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1.แพทย์ผู้สั่งยา.....เลข ว.....
วันที่...../...../.....



2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มทึดล้งยา ขึ้น 5 โทร 1128
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ลงชื่อ.....
วันที่.....



4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
วันที่.....

แนวทางกำกับการใช้ยา Docetaxel

1. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาใน สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาหรือสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรืออนสาศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

2. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

- 1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)[±]
- 2 ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมนแล้ว
- 3 ให้ใช้ร่วมกับ prednisolone
- 4 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีมาก คือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1 (หรือมี ECOG 0-1) ดังรายละเอียดด้านล่าง

ECOG PERFORMANCE STATUS SCALE

SCALE DESCRIPTION OF SCALE 0 ASYMPTOMATIC NORMAL ACTIVITY. 1 SYMPTOMATIC; AMBULATORY ABLE TO CARRY OUT ACTIVITY OF DAILY LIVING. 2 SYMPTOMATIC; IN BED LESS THAN 50% OF THE DAY ;OCCASIONALLY NEED NURSING CARE.3 SYMPTOMATIC ; IN BED MORE THAN 50% OF THE DAY ;NEED NURSING CARE. 4 BED RIDDEN MAY NEED HOSPITALISATION.

5 ภายหลังหยุดยาหากโรคกลับมา ไม่แนะนำให้ใช้ยาอีก

6 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย^{±±}

3. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร ให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยใช้เวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (หยุดยาทันทีที่มีผลข้างเคียงรุนแรงเกิดขึ้น) ให้ยาเป็น cycle ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์ โดยให้ร่วมกับ prednisolone 5 มิลลิกรัม ให้ยาทางปากวันละ 2 ครั้ง ทุกวันตลอดช่วงของการรักษา ควรให้ dexamethasone เป็น pre-medication ในผู้ป่วยทุกรายเพื่อลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของภาวะคั่งน้ำ (fluid retention) และแอนาฟิแล็กซิส

หมายเหตุ การให้ยาบ่อยกว่าที่แนะนำไม่เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

4. ระยะเวลาในการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

ให้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 6 cycle

[±] ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน เป็นสำคัญ