



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.....	
Eribulin (Halaven [®])	
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 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเท่านั้น และมีข้อบ่งชี้ดังนี้ <input type="checkbox"/> performance status ECOG 0-1 <input type="checkbox"/> sensory neuropathy < grade 2 <input type="checkbox"/> ใช้เป็น monotherapy <input type="checkbox"/> เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advance) หรือแพร่กระจาย (metastasis) <input type="checkbox"/> ต้องการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 สูตรใน locally advanced หรือ metastatic disease โดยมี progressive disease ระหว่างรับยาหรือภายใน 3 เดือนหลังได้ยาครั้งสุดท้าย <input type="checkbox"/> เคยได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม anthracycline หรือ taxanes มาก่อน	
ยาที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> Eribulin 1.4 mg/m ² intravenously over 2 to 5 minutes on Days 1 and 8 every 3 weeks 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. มี Contraindication หรือ Drug Interaction กับยา ED 5. ยา ED แพงกว่า 6. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)	
ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์..... วันที่...../...../.....	
<input type="checkbox"/> อายุรแพทย์สาขา oncology/hematology <input type="checkbox"/> แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> สูติรีเวชมะเร็งวิทยา	
1. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (.....) แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน..... วันที่.....
2. ความเห็นประกอบการพิจารณา ราคาต่อ Cycle.....บาท xCycle	ลงชื่อ (นางสาวเทียมใจ ตั้งเจริญไพศาล) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม วันที่.....
3. ความเห็นประกอบการพิจารณา	ลงชื่อ (.....) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ วันที่.....

ผลการขออนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)

วันที่...../...../.....



ผลการขออนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- ☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)

วันที่...../...../.....