

แบบฟอร์มกำกับการสั่งใช้ยา Erlotinib (ขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง)
ข้อบ่งใช้สำหรับมะเร็งปอด ชนิด non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย
ที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก

ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัสรพ10673 เป็นโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา ☐ อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา ☐ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ☐ อนุสาขาศัลยกรรมศัลยกรรมกระดูกและข้อ ☐ อนุสาขาศัลยกรรมระบบการหายใจ

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด _____ / _____ / _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน

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

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยาครั้งแรก

วัน-เดือน-ปีที่เริ่มให้ยา _____ / _____ / _____

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หรือใส่เครื่องหมาย ☐ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. Performance status ECOG < 2 (กรณี ECOG 3-4 ต้องเป็นผลจาก NSCLC เท่านั้น ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ **Erlotinib**/...../.....

4. ผู้ป่วยตอบสนองต่อยา ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน/...../..... (ประเมินผลการรักษาทุก 8-12 สัปดาห์)

ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาดังวิธี ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

การตรวจ ☐ computerized tomography (CT) ☐ magnetic resonance imaging (MRI)

5. สรุปผลการประเมินการต่อการรักษา

☐ stable disease to complete response ☐ progressive disease

(ในกรณีที่ผลการตรวจทางรังสีวิทยาพบว่ามีย้อนรอยโรคขนาดใหญ่ขึ้นบางตำแหน่ง ในขณะที่ตำแหน่งอื่น เล็กลง หรือคงที่ แพทย์ผู้รักษาสภาพการพิจารณาหยุดยาหรือให้ยาต่ออีก 1 เดือน และทำการตรวจซ้ำ เพื่อความชัดเจนว่าเป็น stable disease หรือ progressive disease)

6. ขนาดยา erlotinib ที่ขออนุมัติใช้ 150 mg ☐ ทุกวัน ☐ ทุก.....วัน

(ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา erlotinib เกินกว่าขนาด 150 มิลลิกรัมต่อวัน แม้ว่าการให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยา)

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 90 วัน ตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แนบสำเนา OPD CARD ผลการตรวจ ผล LAB ที่เกี่ยวข้อง

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



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

3.ส่งแบบฟอร์มที่ตีพิมพ์ ชุด 3 โทร 3109
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....



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

.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....
5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ.....
วันที่.....