



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..... | |
| Fulvestrant (Faslodex®) | |
| 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 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามเฉพาะที่หรือแพร่กระจายมีข้อบ่งชี้ดังนี้ <input type="checkbox"/> เป็นมะเร็งเต้านมที่มี ER positive <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยอยู่ในวัยหลังหมดประจำเดือน <input type="checkbox"/> ใช้เป็น 2 nd or 3 rd line hormonal therapy เท่านั้น <input type="checkbox"/> เคยได้รับยากกลุ่ม tamoxifen และหรือ non-steroidal aromatase inhibitor แล้วมี progressive disease <input type="checkbox"/> มีการตอบสนองต่อ antiestrogen มาก่อน | |
| ข้อบ่งชี้อื่น (ไม่ตรงเงื่อนไขการเบิกจ่าย) โปรดระบุ..... | |
| ยาที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> Fulvestrant (Faslodex®) dose 500 mg loading x 2 doses then 500 mg subcut /month 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. มี Contraindication หรือ Drug Interaction กับยา ED 5. ยา ED แพงกว่า 6. ผู้ป่วยแสดงความจำเป็นต้องการ (เบิกไม่ได้) | |
| ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์..... วันที่...../...../..... | |
| <input type="checkbox"/> อายุรแพทย์สาขา oncology/hematology <input type="checkbox"/> แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> สูติรีเวชมะเร็งวิทยา | |
| กรณีขอต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่สองผลการรักษา มีการตอบสนอง <input type="checkbox"/> CR, <input type="checkbox"/> PR, <input type="checkbox"/> SD, <input type="checkbox"/> PD | |
| 1. ความเห็นประกอบการพิจารณา | ลงชื่อ (.....) แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน..... วันที่..... |
| 2. ความเห็นประกอบการพิจารณา ราคายาต่อ 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...../...../.....