

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib

สำหรับ acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

## ข้อมูลสถานพยาบาลและแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัสรพ10673 เป็นโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา \_\_\_\_\_ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ \_\_\_\_\_

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา ☐ โลหิตวิทยา ☐ อายุรศาสตร์โรคเลือด ☐ กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด

## ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_

สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_ ปี \_\_\_\_ เดือนเลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยาครั้งแรก

วัน-เดือน-ปีที่เริ่มให้ยา \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....

ใช่ ไม่ใช่

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ☐

2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร

โดยเป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน Lansky score หรือ Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

กรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี

☐ Lansky score 50-100☐ Lansky score 10-40 เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น

กรณีผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป

☐ ECOG performance status 0-2☐ ECOG performance status 3-4 ที่เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น

3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ALL Ph+

วันเดือนปีที่วินิจฉัย...../...../.....

☐ ☐

โดยตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

☐ Philadelphia chromosome positive (Ph+) โดยการตรวจด้วยวิธี quantitative chromosome study☐ BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)☐ BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)

4. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ ..... mg/day

เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA ..... (m<sup>2</sup>)

5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....

(อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แนบสำเนา OPD CARD ผลการตรวจ chromosome และผล LAB ที่เกี่ยวข้อง

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....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.....