

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา imatinib

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

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

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 กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ <input type="radio"/> 2.1 ตรวจการตอบสนองทางโลหิตวิทยา <input type="radio"/> complete hematologic response <input type="radio"/> non-response <input type="radio"/> 2.2 ตรวจ chromosomal cytogenetic เพื่อประเมิน cytogenetic response <input type="radio"/> cytogenetic response <input type="radio"/> cytogenetic relapse <input type="radio"/> 2.3 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) <input type="radio"/> RT-PCR negative <input type="radio"/> RT-PCR positive <input type="radio"/> 2.4 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR) <input type="radio"/> RQ-PCR undetected <input type="radio"/> RQ-PCR detected	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ตรวจพบ Ph+ >95% โพรตรอบผลตรวจ..... %	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ตรวจพบโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. สรุปผลการประเมินการรักษา <input type="radio"/> stable disease to complete response <input type="radio"/> progressive disease		
6. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ mg/day เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA (m ²)		
8. ระยะเวลาที่ใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../.....ถึง/...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)		

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

แนบสำเนา OPD CARD ผลการตรวจ chromosome และผล LAB ที่เกี่ยวข้อง

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....เลข ว.....
วันที่...../...../.....2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....3.ส่งแบบฟอร์มติดลิ้งยา ขึ้น 5 โทร 1128
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....
วันที่.....5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ.....
วันที่.....