

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Dasatinib

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

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ- นามสกุล..... 2. HN..... 3. AN.....
4. เพศ  ชาย  หญิง 5. วัน / เดือน / ปี เกิด ...../...../..... 6. อายุ.....ปี.....เดือน
7. เลขประจำตัวประชาชน - 8. รหัสโรงพยาบาล.....
9. สิทธิเบิก  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม
 สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ  อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยากรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  ใช่  ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา  ใช่  ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน ...../...../.....
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้
○ 2.1 ตรวจการตอบสนองทางโลหิตวิทยา
 Complete hematologic response  non-response
○ 2.2 ตรวจ chromosomal cytogenetic เพื่อประเมิน cytogenetic response
 Cytogenetic response  cytogenetic relapse
○ 2.3 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)
 RT-PCR negative  RT-PCR positive
○ 2.4 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)
 RQ-PCR undetected  RQ-PCR detected
3. สรุปผลการประเมินการรักษา  stable disease to complete response  progressive disease
4. ตรวจพบ Ph+ >95% โปรดระบุผลตรวจ ..... %  ใช่  ไม่ใช่
5. ตรวจพบโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive  ใช่  ไม่ใช่
6. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้  ใช่  ไม่ใช่
7. ขนาดยา Dasatinib ที่ขออนุมัติใช้ ..... mg/day
8. ระยะเวลาที่ใช้ยา ตั้งแต่ ..... ถึง ..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(.....)
เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....
วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)
 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ
ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่...../...../.....