

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Dasatinib

## ข้อบ่งใช้ Chronic Myeloid Leukemia (CML) (ขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ- นามสกุล.....	2. HN.....	3. AN.....
4. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	5. วัน / เดือน/ปีเกิด .....	6. อายุ.....ปี.....เดือน
7. เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	8. รหัสโรงพยาบาล.....	
9. สิทธิเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	
10 ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. Authorization number.....	

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

<input type="checkbox"/> กรณีขออนุมัติการใช้ยารั้งแรก (อนุมัติให้ใช้ 180 วัน)	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา .....
1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Dasatinib .....	
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Dasatinib มาแล้วทั้งสิ้น .....	เดือน
4. ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด	
○ CBC	วัน/เดือน/ปี .....
○ Philadelphia chromosome positive .....	% จำนวน metaphase ที่นับ .....
○ RQ-PCR for ABL/BCR .....	%IS
○ RQ-PCR for ABL/BCR .....	%IS
5. ผลการตอบสนองต่อการรักษา	
○ Complete hematologic response ที่ 3 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ < 65% ที่ 6 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ BCR-ABL gene <1% หรือ Ph+ < 35% ที่ 12 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ ได้ CCyR BCR-ABL gene <1% หรือ Ph+ < 0%	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ สูญเสียภาวะ complete hematologic response	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. ระยะของโรคในขณะนี้ <input type="checkbox"/> Chronic phase <input type="checkbox"/> Accelerated phase <input type="checkbox"/> Blastic phase	
7. ขนาดยา Dasatinib ที่ขออนุมัติใช้	
<input type="checkbox"/> 70-100 mg ต่อวัน (Chronic phase) <input type="checkbox"/> 140-180 mg ต่อวัน (Accelerated phase / Blastic phase)	
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 180 วัน ตั้งแต่ .....	ถึง .....

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

**หมายเหตุ**

อนุมัติให้ใช้ยาในกลุ่ม TKIs ตามลำดับดังนี้

Phase	ยาลำดับที่ 1	ยาลำดับที่ 2	ยาลำดับที่ 3
Chronic phase	Imatinib	Nilotinib	Dasatinib
Accelerated phase	Imatinib	Nilotinib	Dasatinib
Blastic phase	Imatinib	Dasatinib	-

ขนาดยาในกลุ่ม TKIs ในผู้ป่วย CML ระยะต่างๆ

No.	CML Phase	ขนาดยาต่อวัน (mg)		
		Imatinib	Nilotinib	Dasatinib
1	Chronic	400 (up to 800)	800	70-100
2	Accelerated	600 (up to 800)	800	140 (up to 180)
3	Blast crisis	600 (up to 800)	-	140 (up to 180)

**ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)**

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....