

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Dasatinib

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

(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 / ปี เกิด .....	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"/>	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

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก (อนุมัติให้ใช้ 90 วัน) วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา ...../...../.....

- ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)  ใช่  ไม่ใช่
- Performance status ECOG  $\leq 2$  (ถ้า ECOG  $> 2$  ต้องเป็นจาก CML เท่านั้น)  ใช่  ไม่ใช่
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CML และเคยได้รับการรักษาด้วย Imatinib และ Nilotinib มาก่อน  ใช่  ไม่ใช่
- วัน/เดือน/ปี ที่วินิจฉัยโรค CML .....วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Imatinib .....  
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Nilotinib .....
- ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วย Imatinib ..... เดือน / Nilotinib ..... เดือน
- ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Blastic phase หลังการรักษาด้วย Imatinib  ใช่  ไม่ใช่  
(ถ้าตอบ "ใช่" ให้ข้ามไปตอบข้อ 9)
- ล้มเหลวจากการรักษาด้วย Nilotinib ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้  ใช่  ไม่ใช่
  - ตรวจพบยีน Mutation ที่ติดต่อยา Imatinib และ Nilotinib
  - ใช้ยาติดต่อกัน 3 เดือนแล้วยังไม่ได้ Complete hematologic response หรือ Ph+  $>95\%$
  - ใช้ยาติดต่อกัน 6 เดือนแล้ว BCR-ABL gene  $> 10\%$  หรือ Ph+  $>65\%$
  - ใช้ยาติดต่อกัน 12 เดือนแล้ว BCR-ABL gene  $> 10\%$  หรือ Ph+  $>35\%$
  - เกิดสูญเสียภาวะ Complete hematologic response
  - หลังจากได้ Complete hematologic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือตรวจพบ BCR-ABL gene  $> 1\%$  สองครั้งต่อเนื่องกันโดยห่างกันประมาณ 2 เดือน
  - เกิด chromosome ผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive
  - โรคกำเริบจากระยะ Chronic phase ไปสู่ระยะ Accelerated หรือ Blastic crisis
- ไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วย Nilotinib ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้  ใช่  ไม่ใช่
  - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 4 ติดต่อกันนานเกิน 7 วัน
  - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน
  - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปอาการเดียวกันซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง

