

| | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4.2 มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (Metastatic Breast Cancer) หรือระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally Advance Breast Cancer) ใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา ตามเงื่อนไข 2 ข้อดังนี้ | | |
| 4.2.1 ผู้ป่วยมี left ventricular ejection fraction น้อยกว่า 50% หรือเคยได้รับ anthracycline มาก่อน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.2 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา Paclitaxel หรือมีโรคกลับเป็นซ้ำหลังได้ Adjuvant Paclitaxel ภายในระยะเวลา 1 ปี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| มีการแพร่กระจายของโรค | | |
| โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย | | |
| <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> สมอง <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | | |
| วันเดือนปีที่พบการแพร่กระจายของโรค | | |
| น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร | | |
| ขนาดยาที่แนะนำคือ Docetaxel 75 mg/m ² (ขนาดยาโดยทั่วไปคือ 60-100 mg/m ²) ให้ทางหลอดเลือดดำ ใช้เวลานานกว่า 1 ชั่วโมง ให้ยาเป็น Cycle ท่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์ ปริมาณที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 mg/ขวด จำนวน ขวด | | |
| ชนิด 80 mg/ขวด จำนวน ขวด | | |
| สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ECOG 0 ถึง 2 | | |
| 4.1 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ ทุกข้อ 4.2 <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ ทุกข้อ และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์ | | |

เกณฑ์การหยุดยา

- มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น
 - ✓ ให้ยาตามขนาดที่แนะนำเป็น Cycle ทุก 3 สัปดาห์รวม 4 cycle เท่านั้น
- มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายหรือระยะลุกลามเฉพาะที่
 - ✓ ให้ยาจนผู้ป่วยมี Maximum response (ก้อนมะเร็งไม่ยุบต่อไปอีกแล้ว) แล้วให้เพิ่มได้อีก 1-2 cycle
 - ✓ ให้ยา 6-8 cycle
 - ✓ กรณีผู้ป่วยตอบสนองต่อยาดี ควรจะหยุดยา (drug holiday) หลังได้ยาครบ 6-8 cycle แล้วให้ยาใหม่เมื่อโรคกลับมาใหม่หรือลุกลามมากขึ้น

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....