

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel

ข้อบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะลุกลาม (อนุมัติยาครั้งแรก)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

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"/>	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

แพทย์

ก.กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....	ใช่	ไม่ใช่
1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งชี้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เป็นผู้ป่วยที่ดื้อ (Refractory) ต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน ระบุชื่อยาและขนาดยาที่ใช้		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ระบุช่วงเวลาผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมน วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาฮอร์โมน	วันเดือนปีที่หยุดยา		
5. มีการแพร่กระจายของโรค		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 โปรดระบุตำแหน่งของการกระจาย <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> สมอ <input type="checkbox"/> ปอด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
5.2 วันเดือนปีที่พบการแพร่กระจายของโรค			
6. สภาพร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประเมิน			
7. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร			
8. ขนาดยา Docetaxel ที่ใช้ mg/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ mg/m ² ขนาดยาที่แนะนำคือ Docetaxel 60-75 mg/m ² ให้ทางหลอดเลือดดำ ให้ร่วมกับยา Prednisolone ตลอดช่วงการรักษา ปริมาณที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 mg/ขวด จำนวน ขวด ชนิด 80 mg/ขวด จำนวน ขวด			
9. หากผู้ป่วยได้รับ Chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา			
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 5. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 6. ECOG 0 ถึง 1 และ 8.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์			

ข้อควรปฏิบัติ

- ผู้ป่วยควรได้รับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดี
- ควรหยุดยาและพิจารณาการรักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)
- ให้ใช้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 6 cycle

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

