

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Docetaxel

ข้อบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะลุกลาม (อนุมัติต่อเนื่อง)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญญัติวิชาชีพแห่งชาติ)

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"/> <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"/> สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	
10 ได้รับ Pre-authorization แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	11. Authorization number.....	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

แพทย์

<p>ก.กรณีขออนุมัติใช้ยาเป็นครั้งที่สอง</p> <p>• การให้ยาคครั้งนี้เป็น Cycle ที่ (ให้ใช้ยาได้ไม่เกิน 6 Cycle)</p> <p>• วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาคครั้งแรก</p>	<p>วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....</p>		
		ใช่	ไม่ใช่
1.ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.กรณีให้ยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.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			
4. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร พื้นที่ผิวร่างกาย ตารางเมตร			
5. ขนาดยา Docetaxel ที่ใช้ mg/วัน คิดเป็นขนาดยาที่ใช้ mg/m ²			
(ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือ 60-75 mg/m ² โดยใช้ร่วมกับยา Prednisolone ตลอดช่วงการรักษา)			
ปริมาณที่ผู้ป่วยใช้จริง ชนิด 20 mg/ขวด จำนวน ขวด ชนิด 80 mg/ขวด จำนวน ขวด			
5. หากผู้ป่วยได้รับ Chemotherapy อื่นร่วมด้วยโปรดระบุชื่อยา			
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 3. <input checked="" type="checkbox"/> ECOG 0 ถึง 1 และ 5.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์			

ข้อควรปฏิบัติ

- ผู้ป่วยควรรับการหยุดยา (drug holiday) หากการตอบสนองดี
- ควรหยุดยาและพิจารณารักษาด้วยแนวทางอื่นหากการรักษาล้มเหลว ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลุกลามของโรค (stable หรือ progressive)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้ส่งใบยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

