

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Erlotinib

ข้อบ่งใช้ non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย
ที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก

กรณีขออนุมัติยาใช้ต่อเนื่อง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

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 กรณีขออนุมัติยาใช้ต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน	(ประเมินผลการรักษาทุก 8-12 สัปดาห์)	
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธี ตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้		
การตรวจ <input type="checkbox"/> computerized tomography (CT) <input type="checkbox"/> magnetic resonance imaging (MRI)		
3. สรุปผลการประเมินการต่อการรักษา		
<input type="checkbox"/> Stable disease to complete response <input type="checkbox"/> Progressive disease		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ขนาดยา Erlotinib ที่จะใช้คือ 150 มิลลิกรัม ทุก วัน		
(ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา Erlotinib เกินกว่าขนาด 150 มิลลิกรัมต่อวัน แม้ว่าการให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยา)		

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....