

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Erlotinib

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

กรณีขออนุมัติยาใช้ครั้งแรก

(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"/> <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 กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา...../...../.....	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร				
โดยเป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้				
<input type="checkbox"/>	ECOG performance status 0-2			
<input type="checkbox"/>	ECOG performance status 3-4 ที่เป็นผลจากโรค NSCLC ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น			
3. ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) ชนิดที่มีความไวต่อการตอบสนองต่อยากลุ่ม Tyrosine kinase inhibitor (ระบุชนิดยีนที่พบ)				
	พบ	ไม่พบ		
3.1 exon 19 deletion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.2 exon 21 [L858R] substitution mutations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.3 L861Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.4 G719X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจ <input type="checkbox"/> computerized tomography (CT) <input type="checkbox"/> magnetic resonance imaging (MRI)				
พบลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้				
4.1 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small-cell lung carcinoma ระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่มีการลุกลามเพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small-cell lung carcinoma ที่มีการกระจายของโรคที่ปรากฏรอยโรคที่สามารถประเมินการตอบสนองทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพรังสีได้			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติให้ยาครั้งแรก

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาอื่นใดมาก่อน อนุมัติให้ใช้ยา Erlotinib เป็นยาขนานแรก (First line drug) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ขนาดยา Erlotinib ที่จะใช้คือ 150 มิลลิกรัม ทุก วัน
(ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา Erlotinib เกินกว่าขนาด 150 มิลลิกรัมต่อวัน แม้ว่าการให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยา) | | |
| 7. เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่/...../..... ถึงวันที่/...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก) | | |

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....