

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib

สำหรับ acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Philadelphia chromosome positive (Ph+)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

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"/>	8. รหัสโรงพยาบาล.....	
9. สิทธิเบิก <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	
<input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	วัน/เดือน/ปี ที่ขออนุมัติ
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน	
ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้	
○ 2.1 ตรวจการตอบสนองทางโลหิตวิทยา	<input type="checkbox"/> Complete hematologic response <input type="checkbox"/> non-response
○ 2.2 ตรวจ chromosomal cytogenetic เพื่อประเมิน cytogenetic response	<input type="checkbox"/> Cytogenetic response <input type="checkbox"/> cytogenetic relapse
○ 2.3 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)	<input type="checkbox"/> RT-PCR negative <input type="checkbox"/> RT-PCR positive
○ 2.4 ตรวจ BCR-ABL gene ของ P190 ด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)	<input type="checkbox"/> RQ-PCR undetected <input type="checkbox"/> RQ-PCR detected
3. ตรวจพบ Ph+ >95% โปรดระบุผลตรวจ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. ตรวจพบโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. สรุปผลการประเมินการรักษา	<input type="checkbox"/> stable disease to complete response <input type="checkbox"/> progressive disease
6. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้	mg/day
เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA	(m ²)
5. ระยะเวลาที่ใช้ยา ตั้งแต่	ถึง (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 180 วัน)

.....
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา
(.....)
วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

วันที่...../...../.....