

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib

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

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1.ชื่อ- นามสกุล.....2. HN.....3. AN.....

4. เพศ ชาย หญิง 5.วัน / เดือน/ปีเกิด/...../..... 6. อายุ.....ปี.....เดือน

7. เลขประจำตัวประชาชน ---- 8.รหัสโรงพยาบาล.....

9. สิทธิเบิก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยากรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

วัน/เดือน/ปี ที่ขออนุมัติ/...../.....

1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ใช่ ไม่ใช่

2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร โดยเป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน Lansky score หรือ Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

กรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี

Lansky score 50-100

Lansky score 10-40 เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น

กรณีผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป

ECOG performance status 0-2

ECOG performance status 3-4 ที่เป็นผลจาก ALL Ph+ ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น

3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ALL Ph+ วันเดือนปีที่วินิจฉัย/...../.....

โดยตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

Philadelphia chromosome positive (Ph+) โดยตรวจด้วยวิธี quantitative chromosome study

BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)

BCR-ABL gene ของ P190 positive โดยการตรวจด้วยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR)

4. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ mg/day

เฉพาะกรณีผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี ระบุ BSA (m²)

5. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา ตั้งแต่ ถึง (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก)

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....