

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งใช้ Chronic Myeloid Leukemia (CML)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

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
สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ อื่นๆระบุ.....

10 ได้รับ Pre-authorization แล้ว ใช่ ไม่ใช่ 11. Authorization number.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

แพทย์

กรณีขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก (อนุมัติให้ใช้ 90 วัน) วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Performance status ECOG ≤ 2 (ถ้า ECOG > 2 ต้องเป็นจาก CML เท่านั้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CML โดยมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
○ มี Philadelphia chromosome positive วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ		
○ มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี PCR วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ		
○ มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี FISH วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ		
4. ระยะของโรคสำหรับการรักษาครั้งนี้ <input type="checkbox"/> Chronic Phase <input type="checkbox"/> Accelerated phase <input type="checkbox"/> Blastic Phase		
5. วัน/เดือน/ปี ที่วินิจฉัย		
6. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ <input type="checkbox"/> 300 mg ต่อวัน <input type="checkbox"/> 400 mg ต่อวัน <input type="checkbox"/> 600 mg ต่อวัน <input type="checkbox"/> 800 mg ต่อวัน		
หมายเหตุ : กรณีขอเพิ่มขนาดยาเป็น 600-800 mg/day เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้เริ่มขออนุมัติใหม่		
7. วัน/เดือน/ปี ที่จะเริ่มให้ยา imatinib		
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 90 วัน ตั้งแต่ ถึง		

ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

ตำแหน่ง

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

อนุมัติให้ใช้ยาในกลุ่ม TKIs ตามลำดับดังนี้

Phase	ยาลำดับที่ 1	ยาลำดับที่ 2	ยาลำดับที่ 3
Chronic phase	Imatinib	Nilotinib	Dasatinib
Accelerated phase	Imatinib	Nilotinib	Dasatinib
Blastic phase	Imatinib	Dasatinib	-

ขนาดยาในกลุ่ม TKIs ในผู้ป่วย CML ระยะต่างๆ

No.	CML Phase	ขนาดยาต่อวัน (mg)		
		Imatinib	Nilotinib	Dasatinib
1	Chronic	400 (up to 800)	800	70-100
2	Accelerated	600 (up to 800)	800	140 (up to 180)
3	Blast crisis	600 (up to 800)	-	140 (up to 180)

