

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate

ข้อบ่งใช้ Chronic Myeloid Leukemia (CML) (ขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิง จากแนวทางกำกับการใช้ยา และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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.....

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

กรณีขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่อง (อนุมัติให้ใช้ 180 วัน) วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
--	-----	--------

1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)

2. วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Imatinib

3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Imatinib มาแล้วทั้งสิ้น เดือน

4. ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด

<input type="radio"/> CBC	วัน/เดือน/ปี
<input type="radio"/> Philadelphia chromosome positive % จำนวน metaphase ที่นับ	วัน/เดือน/ปี
<input type="radio"/> RQ-PCR for ABL/BCR%IS	วัน/เดือน/ปี

5. ผลการตอบสนองต่อการรักษา

<input type="radio"/> complete hematologic response ที่ 3 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
<input type="radio"/> BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+<35% ที่ 6 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
<input type="radio"/> BCR-ABL gene <1% หรือ Ph+<0% ที่ 12 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
<input type="radio"/> สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่	วัน/เดือน/ปี
<input type="radio"/> สูญเสียภาวะ complete hematologic response	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่	วัน/เดือน/ปี

6. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้

300 mg ต่อวัน 400 mg ต่อวัน 600 mg ต่อวัน 800 mg ต่อวัน

7. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 180 วัน ตั้งแต่ ถึง

