

กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา/...../.....
 ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วทั้งสิ้นรวม เดือน วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มให้ยาครั้งแรก/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุญาติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ขนาดยา Imatinib ที่ขออนุมัติใช้ mg ต่อวัน		
หมายเหตุ : ไม่อนุญาติให้ใช้ Imatinib mesilate เกินกว่าขนาดที่แนะนำ (400 mg ต่อวัน) แม้ว่าการให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยาที่ 400 mg ต่อวัน		
4. ระยะเวลาที่ส่งใช้ยาในครั้งนี้อยู่ วัน ตั้งแต่ วันที่ ถึง (วัน/เดือน/ปี)		

การประเมินผลการรักษา

- วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ
 ระยะเวลาห่างจากการให้ยาก่อนหน้านาน สัปดาห์
 (ควรประเมินทุก 12 สัปดาห์ ด้วยรังสีวินิจฉัยที่สามารถวัดขนาดของเนื้องอกได้ เช่น computerized tomography (CT) หรือ magnetic resonance imaging (MRI))
- ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยตาม SWOG (South West Oncology Group) หรือ RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumor) criteria
 - โรครหายไหมด (Complete)
 - รักษาหายบางส่วน (Partially Response)
 - คงที่ (Stable)
- ในกรณีที่ผลการตรวจทางรังสีวิทยาพบว่า มีรอยโรคขนาดใหญ่ขึ้นเพียงตำแหน่งเดียว (ไม่เกิน 25%) ในขณะที่ตำแหน่งอื่นเล็กลง หรือคงที่ แพทย์ผู้รักษาสมาารถพิจารณาหยุดยา หรือให้ยาต่ออีก 2 เดือน และทำการตรวจซ้ำเพื่อความชัดเจนว่าเป็น stable disease หรือ progressive disease

ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้ส่งใช้ยา
 (.....)
 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน..... ตำแหน่ง
 เลขใบประกอบโรคศิลปะ..... วันที่...../...../.....

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง
 วันที่...../...../.....