



กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง

วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ยา ...../...../.....

- |   | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุญาติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป<br>วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งก่อน ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ใช้ยานี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) แบบ Switching therapy คือ   |                          |                          |
| ○ ใช้ Tamoxifen มาก่อนแล้ว ..... เดือน ตามด้วย Letrozole จนครบทั้งหมดรวมเป็น ..... เดือน (ไม่เกิน 60 เดือน)       |                          |                          |
| ○ ให้ Letrozole ก่อนเป็นเวลา ..... เดือน (ไม่เกิน 2 ปี) แล้วตามด้วย Tamoxifen 3 ปี จนครบทั้งหมดรวมกันเป็น 5 ปี    |                          |                          |
| 4. ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Letrozole 2.5 mg ต่อวัน ระยะเวลาที่ให้ยาครั้งนี้ .....                                   |                          |                          |

#### หมายเหตุ

##### การประเมินผลการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

การประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผลหรือมี progressive disease ให้พิจารณาจากอาการ (เช่น มีอาการ เหนื่อยหอบมากขึ้น) การตรวจร่างกาย การตรวจ tumor marker ในผู้ป่วย บางราย หรือการใช้ imaging technique เช่น X-ray, CT เป็นต้น

ไม่อนุญาติให้มีการใช้ยา letrozole ต่อไป และให้พิจารณาการรักษาในแนวทางอื่น เมื่อ

- ใช้ยาในโรคระยะแพร่กระจายแล้วไม่ได้ผล
- ใช้ยาแล้วได้ผลแต่ต่อมามี progressive disease
- ผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้
- กรณีใช้รักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรก รวมระยะเวลาการให้ยา letrozole และ tamoxifen มากกว่า 60 เดือน

##### ข้อแนะนำเพิ่มเติม

แพทย์ควรป้องกัน ติดตาม และรักษาภาวะกระดูกบางระหว่างให้ยา letrozole โดยให้แคลเซียมเสริม วันละ 1,200-1,500 มิลลิกรัม แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย และหยุดสูบบุหรี่

#### ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ตำแหน่ง

(.....)

วันที่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....

เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....

วันที่...../...../.....