

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Nilotinib

## ข้อบ่งใช้ Chronic Myeloid Leukemia (CML) (ขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง)

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

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

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

1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (ไม่อนุมัติการใช้ยาในผู้ป่วย terminally ill)  ใช่  ไม่ใช่

2. วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ Nilotinib .....

3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Nilotinib มาแล้วทั้งสิ้น ..... เดือน  
 ขนาดยา Nilotinib ครั้งสุดท้ายที่ได้รับ ..... mg/day

4. ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด

- CBC วัน/เดือน/ปี .....
- Philadelphia chromosome positive ..... % จำนวน metaphase ที่นับ ..... วัน/เดือน/ปี .....
- RQ-PCR for ABL/BCR ..... %IS วัน/เดือน/ปี .....

5. ผลการตอบสนองต่อการรักษา

- complete hematologic response ที่ 3 เดือน  ใช่  ไม่ใช่  ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
- BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ < 65% ที่ 6 เดือน  ใช่  ไม่ใช่  ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
- BCR-ABL gene <1% หรือ Ph+ < 35% ที่ 12 เดือน  ใช่  ไม่ใช่  ยังไม่ถึงเวลาประเมิน
- ได้ CCyR BCR-ABL gene <1% หรือ Ph+< 0%  ใช่  ไม่ใช่ วัน/เดือน/ปี .....
- สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response  ใช่  ไม่ใช่ วัน/เดือน/ปี .....
- สูญเสียภาวะ complete hematologic response  ใช่  ไม่ใช่ วัน/เดือน/ปี .....

6. ระยะของโรคในขณะนี้  Chronic phase  Accelerated phase  Blastic phase  
 หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยเกิด Blast crisis ให้ไปใช้ Dasatinib

7. ขนาดยา Nilotinib ที่ขออนุมัติใช้  600 mg ต่อวัน  800 mg ต่อวัน

8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา 180 วัน ตั้งแต่ ..... ถึง .....

.....  
 ington แพทย์ผู้สั่งใช้ยา  
 (.....)  
 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน.....  
 เลขใบประกอบโรคศิลปะ.....  
 วันที่...../...../.....  
 หมายเหตุ

**ผลการอนุมัติ (สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด)**

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ington แพทย์ผู้อนุมัติ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่...../...../.....

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)

