



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา (ต่อ)

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาดังแต่ครั้งที่สอง		วันเดือนปีที่ให้ยา .....	
		ใช่	ไม่ใช่
แพทย์	1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	วันเดือนปีที่ให้ยาครั้งก่อน .....		
	3. กรณีใช้เป็นยาเสริม ผู้ป่วยได้รับยา tamoxifen ก่อนเป็นเวลา ..... เดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการใช้ tamoxifen รวม ..... เดือน (อนุมัติให้ใช้ได้รวมกันไม่เกิน 60 เดือน) หรือ มะเร็งเต้านมระยะแรก โดยใช้นี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา letrozole ก่อนเป็นเวลา ..... เดือน ระยะเวลาการใช้ยา letrozole รวมกับระยะเวลาการใช้ tamoxifen รวม ..... เดือน (อนุมัติให้ใช้ได้รวมกันไม่เกิน 60 เดือน) สำหรับผู้ป่วยใหม่		
4. ขนาดยาletrozoleที่ใช้ครั้งนี้ ..... มิลลิกรัม/วัน (ขนาดที่แนะนำคือ 2.5 มิลลิกรัมต่อวัน) ระยะเวลาที่ให้ยาครั้งนี้ ..... วัน			
สำหรับผู้อนุมัติ 1. <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ 2. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ และ 4.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์			

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ .....

ผลการอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....