

## แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib

ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

## กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

	ใช่	ไม่ใช่
1 ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 แพทย์ผู้ทำการรักษาได้เสนอแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยรับทราบ และผู้ป่วยยินยอมที่จะทำ hematopoietic cell transplantation ในอนาคต	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ผู้ป่วยอายุไม่เกิน 70 ปี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ไม่พบโรคร่วมที่มีผลต่อสุขภาพและทำให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้นจากวิธีการรักษา multiple myeloma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 มี hematopoietic cell transplantation specific comorbidity index (HCT-CI) น้อยกว่า 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โปรดระบุผลประเมิน HCT-CI เท่ากับ .....		
6 ขนาดยา bortezomib ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม		
หมายเหตุ แนะนำขนาดยา bortezomib 1.3 mg/m <sup>2</sup> /dose จำนวน 4 ครั้งใน 1 รอบ ในวันที่ 1, 4, 8, 11		
หรือให้เป็นสัปดาห์ละครั้ง ให้ยาทุก 3-4 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4-6 รอบ		
7 ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../.....		
	(อนุมัติให้ยา 120 วัน)	

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....

.....

ว.....

ลงชื่อ .....

.....

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bortezomib

ข้อบ่งใช้ multiple myeloma สำหรับผู้ป่วย transplant candidate โดยใช้เป็น first-line treatment

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 (31 พ.ค. 66)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ในการใช้ยาครั้งที่  2  3  4  5  6

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือ เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา bortezomib ชนิดรุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาตามกำหนดการรักษา และยินยอมที่จะใช้ยา bortezomib	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยไม่ขาดการติดตามผลการรักษามากกว่า 3 เดือน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา		
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		

ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

การประเมินผล	ผลการประเมิน	Baseline วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน ...../...../.....
<input type="radio"/> bone marrow aspiration/ biopsy		
<input type="radio"/> qualitative and quantitative M-proteins level		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

ใช่      ไม่ใช่

<input type="radio"/> อื่น ๆ โปรด (ระบุ)		
--	--	--

6. สรุปผลการประเมินรักษา
- ดีกว่า partial response (>90%)
  - partial response (50-90%)
  - stable disease or progressive disease (≤50%)
7. ผู้ป่วยสามารถจะทำ hematopoietic cell transplantation
8. ผลการรักษาหลังรอบที่ 3-4 ได้ผลไม่น้อยกว่า partial response
9. ผู้ป่วยได้รับการรักษายังไม่ครบ 6 รอบ
10. ข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับแผนการทำ hematopoietic cell transplantation
- ยังมีแผนการทำ hematopoietic cell transplantation และผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการทำให้ hematopoietic cell transplantation และรอการทำ hematopoietic cell transplantation ภายใน เดือน ..... ปี 25.....
11. ขนาดยา bortezomib ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม  
 หมายเหตุ แนะนำขนาดยา bortezomib 1.3 mg/m<sup>2</sup>/dose จำนวน 4 ครั้งใน 1 รอบ ในวันที่ 1, 4, 8, 11 หรือให้เป็นสัปดาห์ละครั้ง ให้ยาทุก 3-4 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4-6 รอบ
12. ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึง ...../...../.....  
 (อนุมัติให้ยาทุก 90 วัน จนกว่าจะครบ 6 รอบ)

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ว.....

ว.....