แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate
ข้อบ่งใช้ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาและคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

1. ชื่อ-นามสกุล .....
2. HN .....
3. AN .....
4. สิทธิการเบิก ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ☐ อื่นๆ ระบุ .....
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
6. วันเดือนปีเกิด ...../...../.....
7. อายุ ..... ปี ..... เดือน
8. เลขประจำตัวประชาชน
9. รหัสโรงพยาบาล .....
10. ได้รับ pre-authorization แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
11. authorization number .....
12. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม
13. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

แพทย์

ก. กรณีขออนุมัติการใช้ยาเป็นครั้งแรก

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

วันเดือนปีที่วินิจฉัย ...../...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	○	○
2. วินิจฉัยตามเกณฑ์ พบว่าเป็นโรคตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้	○	○
3. ผลการตรวจด้วย Kit (CD117) ให้ผลบวก	○	○
วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....		
4. โรคอยู่ในระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้**หรือ**มีการกระจายของโรค	○	○
วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....		

5. จำนวนของเนื้องอก ..... ขนาดของเนื้องอก .....
   วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....
6. ขนาดยา imatinib ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)
7. ระยะเวลาที่สั่งใช้ยาในครั้งนี้ ..... วัน ตั้งแต่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (วัน/เดือน/ปี)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ✓ ใช่ 2. ✓ ใช่ 3. ✓ ใช่ 4. ✓ ใช่ และ 6.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

แพทย์

ข. กรณีขออนุมัติการใช้ยาตั้งแต่ครั้งที่สอง

ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วทั้งสิ้นรวม ..... **เดือน**

วันเดือนปีที่ให้ยา ...../...../.....

วันเดือนปีที่เริ่มให้ยาครั้งแรก ...../...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill (ไม่อนุมัติการใช้ยานี้ในผู้ป่วย terminally ill)	○	○
2. ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป	○	○

3. ขนาดยา imatinib ที่ใช้ ..... มิลลิกรัม/วัน (ขนาดยาที่แนะนำในคนไทยคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน)
4. ระยะเวลาที่สั่งใช้ยาในครั้งนี้ ..... วัน ตั้งแต่ ...../...../..... ถึง ...../...../..... (วัน/เดือน/ปี)

สำหรับผู้อนุมัติ 1. ✓ ใช่ 2. ✓ ใช่ และ 3.ระบุขนาดยาเป็นไปตามเกณฑ์

แพทย์

ค. ผลการรักษา (CBC และ bone marrow)

1. วันเดือนปีที่ตรวจ ...../...../.....

ระยะเวลาห่างจากการให้ยาครั้งก่อนนาน ..... สัปดาห์ (ควรประเมินทุก 12 สัปดาห์)

2. ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยตาม SWOG (Southwest Oncology Group) หรือ RECIST criteria

☐ โรคหายไปหมด (complete) ☐ รักษาหายไปบางส่วน (partial) ☐ คงที่ (stable)

☐ อื่นๆ โปรดระบุ .....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ...../...../.....

ผลการอนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนามแพทย์ผู้อนุมัติ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....