

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Erlotinib

ข้อบ่งใช้ non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย
ที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก
กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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

วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควร โดยเป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
<input type="radio"/> ECOG performance status 0-2		
<input type="radio"/> ECOG performance status 3-4 ที่เป็นผลจากโรค NSCLC ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น		
3. ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) ชนิดที่มีความไวต่อการตอบสนองต่อยากลุ่ม Tyrosine kinase inhibitor (ระบุชนิดของยีนที่พบ)		
	พบ	ไม่พบ
3.1 exon 19 deletion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 exon 21 [L858R] substitution mutations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 L861Q	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 G719X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจ <input type="radio"/> computerized tomography (CT) <input type="radio"/> magnetic resonance imaging (MRI) พบลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
4.1 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small-cell lung carcinoma ระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่มีการลุกลามเพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small-cell lung carcinoma ที่มีการกระจายของโรค ที่ปรากฏรอยโรคที่สามารถประเมินการตอบสนองทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพรังสีได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

5. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาอื่นใดมาก่อน อนุมัติให้ใช้ยา erlotinib เป็นยาขนานแรก (first line drug)
6. ขนาดยา erlotinib ที่จะใช้คือ 150 มิลลิกรัม ทุก.....วัน
(ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา erlotinib เกินกว่าขนาด 150 มิลลิกรัมต่อวัน แม้ว่าการให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยา)
7. เริ่มต้นให้ยาดังตั้งแต่วันที่/...../..... ถึงวันที่/...../..... (อนุมัติให้ยาไม่เกิน 90 วันในครั้งแรก)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Erlotinib

ข้อบ่งใช้ non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย
ที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

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"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../..... (ประเมินผลการรักษาทุก 8-12 สัปดาห์) ยืนยันด้วยผลการประเมินระหว่างการรักษาด้วยวิธี ตาม <u>ข้อใดข้อหนึ่ง</u> ดังนี้ การตรวจ <input type="radio"/> computerized tomography (CT) <input type="radio"/> magnetic resonance imaging (MRI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. สรุปผลการประเมินการต่อการรักษา <input type="radio"/> stable disease to complete response <input type="radio"/> progressive disease		
4. ผู้ป่วยทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ขนาดยา erlotinib ที่จะใช้คือ 150 มิลลิกรัม ทุก.....วัน (ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา erlotinib เกินกว่าขนาด 150 มิลลิกรัมต่อวัน แม้ว่าทำให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยา)		

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ

(.....)

ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ว.....