

ประเภทสิทธิ์ ตสภ./รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม อื่นๆ ระบุ.....

1.ชื่อ นามสกุล.....HN.....AN.....

1.กลุ่มยาเคมีบำบัด/Targeted therapy ทั่วไป		
ยาฉีด	ยาเม็ด	Anti-emetics
<input type="checkbox"/> 1.Alimta® ¹mg.....Cycle <input type="checkbox"/> 2 Emetex®.....mg.....Cycle <input type="checkbox"/> 3. Irinotecan ¹mg inj.....Cycle <input type="checkbox"/> 4. Lipodox® ^{1,5,6}mg inj.....Cycle <input type="checkbox"/> 5. Navelbine® ¹mg..... Cycle	<input type="checkbox"/> 6.Oxaliplatin ^{1,5,6}mg.....Cycle <input type="checkbox"/> 7.Docetaxel(Taxotere®) ^{1,5,6}mg.....Cycle <input type="checkbox"/> 8.Zinvel® ¹⁻⁶mg..... Cycle <input type="checkbox"/> 9.Zometa® ¹⁻⁶mg..... Cycle <input type="checkbox"/> 10.ยาอื่นๆ.....mg.....cycle	<input type="checkbox"/> 1.Aloxi® 0.25mg/5ml inj ¹⁻⁶Cycle <input type="checkbox"/> 2.Emend® 80 ,125 mg ¹⁻⁶เม็ด <input type="checkbox"/> 3.ยาอื่นๆ.....mg.....Cycle

2. กลุ่มยาเคมีบำบัดราคาสูง (เขียนเหตุผลประกอบการสั่งใช้ยาเฉพาะครั้งแรก หรือ เปลี่ยนแปลงการรักษา ในแบบฟอร์ม DUE 1 และ ให้เก็บแบบประเมินนี้ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย)

1.Erbitux®¹ (Cetuximab)100 mg (ราคา 13,597/Vial): ขนาดยา.....mgราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง ราคาทั้งหมด.....บาท

1st line therapy in Advanced metastatic Colorectal cancer
 เหตุผล ต้องผ่านการใช้ oxaliplatin และ irinotecan มาก่อน
 ผลการตรวจ K-ras เป็น wild type มีแผนที่จะผ่าตัดเพื่อให้ได้ complete resection

2nd or 3rd line therapy in Advanced metastatic Colorectal cancer
 เหตุผล ใช้ร่วมกับ Irinotecan based regimen ต้องผ่านการใช้ oxaliplatin และ irinotecan มาก่อน
 ผลการตรวจ K-ras เป็น wild type

Dose: loading 400 mg/m² then 250 mg/m² every weeks or
 500 mg/m² every 2 weeks

Squamous cell carcinoma of Head and Neck (SCCHN)
 เหตุผล ร่วมกับการฉายรังสี (concurrent with RT)
 มีเป้าหมายหวังผลให้หายขาด
 ไม่สามารถให้การผ่าตัดให้หายขาดได้
 ผู้ป่วยมีข้อห้ามการใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับ การฉายแสง

Dose: loading 400 mg/m² then 250 mg/m² every week for 8 weeks ร่วมกับการฉายแสง
 ระยะเวลาที่ไม่ใช้ไม่เกิน 6 เดือน เริ่มใช้ยา.....

2.Xalkori® (Crizotinib)¹ 250mg tab (3,710 บาท/เม็ด)
 ขนาด.....จำนวน.....เดือน ราคาทั้งหมด.....บาท

Advanced Non small cell lung cancer
 เหตุผล Failed 1st line palliative chemotherapy
 ALK Gene rearrangement by FISH
 ECOG < 2 if ECOG 3 เหตุผล

หมายเหตุ การสั่งใช้ยาจะต้องมีเหตุผลประกอบทุกข้อ

3.Nexavar® (Sorafenib) 200mg tab (ราคา 1,593 บาท/เม็ด)
 ขนาดการใช้.....จำนวน.....เดือน ราคาทั้งหมด.....บาท

Advanced renal cell carcinoma
 Hepatocellular carcinoma (HCC) ที่ไม่สามารถผ่าตัดหรือการฉีดยาเคมีเฉพาะที่ได้
 locally advanced or metastatic differentiated thyroid carcinoma

ใช้ร่วมกับ Paclitaxin และ Carboplatin ใช้ร่วมกับ Capecitabine
 ใช้ร่วมกับ Doxobucin และ irinotecan ใช้ร่วมกับ Docetaxel

4.Halaven® (Eribulin)1 mg/2 mL (13,597/Vial)
 ขนาดยา.....มิลลิกรัม ราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง
 ราคาทั้งหมด.....บาท

Locally advanced or metastatic breast cancer
 เหตุผล Resistant or contraindication to Anthracycline
 Resistant to palliative Taxane or Capecitabine

Dose: 1.4 mg/m² IV infusion over 2-5 min on day 1 and 8 of 21 day cycle

หมายเหตุ การสั่งใช้ยาจะต้องมีเหตุผลประกอบครบทุกข้อ

5.Lenvima® (Lenvatinib) 4, 10 mg^{1,4} (1,473 บาท/เม็ด)
 ขนาดการใช้.....จำนวน.....เดือน ราคาทั้งหมด.....บาท

locally advanced or metastatic, differentiated Thyroid carcinoma
 เหตุผล Refractory to radioactive iodine (RAI)
 failed Sorafenib

6.Perjeta® (Pertuzumab) 420 mg inj : (109,993 บาท/vial)
 ขนาดยา.....มิลลิกรัม ราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง ราคาทั้งหมด.....บาท

1st line HER-2 positive metastatic breast cancer (MBC)
 ผล HER-2 เป็น 3+ หรือ IHC > 2.2:1 ด้วย FISH ECOG 0-1
 LVEF > 50% ไม่มีประวัติ Myocardial infarction ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
 ไม่เคยรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือ anti-HER-2 ในระยะ
 ไม่มีประวัติรับยา Tyrosinekinase Inhibitor (TKI) หรือ Anti-HER-2 ตัวอื่นๆ

(ยกเว้น Trastuzumab ใน (neo) adjuvant setting
 Progression Disease หลังได้รับยา Trastuzumab หรือ ยาเคมีบำบัด แล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี
 ไม่มี CNS metastasis
 ไม่มีประวัติเป็นโรคมะเร็งอื่น ๆ ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

Dose: (ร่วมกับ Trastuzumab + Docetaxel)
 1.Pertuzumab : loading dose 840 mg/m² then 420 mg/m² every 21 days (Mix in NSS 250 ml only, iv drip 30-60 min)
 2.Trastuzumab: loading 8 mg/kg then 6 mg/kg every 21 day (reload if administration times are 6 weeks or more apart) (Mix in NSS 250 mg only, iv drip 30-90 min)
 3.Docetaxel: 75-100 mg/m² (min 6 cycles) every 21 day (Mix in NSS 250 ml or D5W 500 ml to max conc 0.3-0.7 mg/ml)

7.Vectibix®¹ (Panitimumab) (29,486 บาท/Vial) ขนาดยา.....มิลลิกรัม ราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง ราคาทั้งหมด.....บาท

Metastatic colorectal cancer (mCRC) เหตุผล
 ผลการตรวจ K-ras เป็น wild type ใช้ร่วมกับ irinotecan ในผู้ป่วย mCRC ชนิด wild-type RAS
 ใช้ร่วมกับ Oxaliplatin ในผู้ป่วย mCRC ชนิด wild-type RAS monotherapy after failure of standard chemotherapy

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

- 1.แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมมะเร็ง
- 2.แพทย์เฉพาะทางโรคทางเดินอาหารและตับ
- 3.แพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งทางเดินปัสสาวะ
- 4.แพทย์เฉพาะทางโรคหู จมูก
- 5.แพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช
- 6.แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมมะเร็งเต้านม



ประเภทสิทธิ์ ตสภ./รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม อื่นๆ ระบุ.....

1.ชื่อ นามสกุล..... HN.....AN...

3.กลุ่มยา Hormone Therapy

- 1. Firmagon® (Degarelix) 80,120 mgmg.....cycle
- 2. Eligard® 45 mg (Leuprorelin acetate) prefilled syringe.....cycle
- 3. Enantone® 11.25 mg (Leuprorelin acetate).....cycle
- 4.ยาอื่นๆ.....mg.....cycle

4.กลุ่มยา Antiviral

- 1.Pegasys® (Peginterferon alfa 2a) ขนาดยา.....mgราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง ราคาขายทั้งหมด.....บาท
-ใช้ครั้งแรก กรอก “แบบกำกับการใช้ยา Peg interferon alfa (2a หรือ 2b) ร่วมกับ Rabavirin ครั้งแรก”
-ใช้ต่อเนื่องเดือนที่ 5-24 กรอก “แบบกำกับการใช้ยา “แบบกำกับการใช้ยา Peg interferon alfa (2a หรือ 2b) ร่วมกับ Rabavirin ต่อเนื่อง”
- 2.Dacaltasvir ขนาดยา..... ราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง ราคาทั้งหมด.....บาท
- 3.Sofosbuvir ขนาดยา..... ราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง ราคาทั้งหมด.....บาท

5. ยานอกเหนือข้อบ่งใช้

ชื่อ.....ขนาดยา.....มิลลิกรัม ราคา.....บาท ทุก.....อาทิตย์ จำนวน.....ครั้ง ราคาขายทั้งหมด.....บาท

โดยมีเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ/ใช้ยาตรงตามข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้ ซึ่ง ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว ดังนี้

ข้าพเจ้าได้พิจารณาครอบคลุมถึงประโยชน์สูงสุดในการรักษา โดยอ้างอิงตามข้อบ่งชี้ในการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และได้แนบเอกสารทางการแพทย์เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเรียกเก็บค่ารักษา โดยได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับประโยชน์และโทษจากการใช้ยาตัวดังกล่าวโดยละเอียดแก่ผู้ป่วย ว่าเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยรับทราบข้อมูล ยินยอมให้รักษาและยินยอมให้สถาบันมะเร็งแห่งชาตินำข้อมูลของผู้ป่วยไปใช้เพื่อการพัฒนาทางการแพทย์ด้วยความสมัครใจ

แพทย์ผู้สั่งใช้	แพทย์ผู้คัดกรอง	แพทย์ผู้อนุมัติ
<p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา อนุมัติ ให้ใช้ยาดังกล่าวข้างต้นแพทย์ผู้สั่งใช้ (.....) วันที่...../...../.....</p>	<p><input type="checkbox"/> การใช้ยานี้เป็นไปตามข้อบ่งใช้ <input type="checkbox"/> มีความเห็นอื่นๆดังนี้ แพทย์ผู้คัดกรอง วันที่...../...../.....</p> <p>แพทย์ผู้มีอำนาจกลั่นกรอง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ • หัวหน้ากลุ่มงานเคมีบำบัด หรือ • หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์ หรือ • หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งนรีเวช หรือ • หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก หรือ • นายแพทย์วิจิต อาภรณ์วิรัตน์ หรือ • นายแพทย์ภัทรพงศ์ พรโสภณ หรือ • พญ.ณัชฐา พิภพไชยาสิทธิ์ 	<p>ข้าพเจ้า.....เป็นแพทย์ผู้ได้รับการมอบอำนาจในการอนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยแล้ว เห็นสมควรอนุมัติการใช้ยาดังกล่าวข้างต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> เห็นสมควรอนุมัติให้เบิกค่ารักษาได้ <input type="checkbox"/> เห็นสมควรไม่อนุมัติให้เบิกค่ารักษา <p>.....แพทย์ผู้อนุมัติ วันที่...../...../.....</p> <p>แพทย์ผู้มีอำนาจอนุมัติ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือ • รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ หรือ

แพทย์ผู้มีสิทธิสั่งใช้ยา

- 1.แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมมะเร็ง 2.แพทย์เฉพาะทางโรคทางเดินอาหารและตับ 3.แพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินปัสสาวะ
- 4.แพทย์เฉพาะทางโรคหู คอ จมูก 5.แพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช 6.แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมมะเร็งเต้านม