

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง(1/2)

เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.

วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่ (วัน)	Cycle
	CLpC11	CVP : Cyclophosphamide & Vincristine & Prednisolone 100 mg PO D1-5	21	8
	CLpC12	CHOP : Vincristine & Doxorubicin & Cyclophosphamide & Prednisolone 100 mg PO D1-5	21	8
	CLpC13	FC : Fludarabine* D1-3 & Cyclophosphamide D1-3	28	6
	CLpC14	ESHAP : Etoposide D1-4 & Methylprednisolone* (ไม่มีในเภสัชตำรับโรงพยาบาล) D1-4 & CDDP D1-4 & Cytarabine D5	21	6
	CLpC15	DHAP : Dexamethasone PO/IV D1-4 & CDDP D1 & Cytarabine** D2	21	6
	CLpC16	EPOCH : Etoposide D1-4 & VCR D1-4 & Doxorubicin D1-4 & Cyclophosphamide D5 & Prednisolone PO D1-5	21	6
	CLpC17	ICE : Ifosfamide D2 & Carboplatin D2 & Etoposide D1-3	21	6
	CLpC18	GDP : Gemcitabine D1, 8 & Dexamethasone PO D1-4 & CDDP D1	21	6
	CLpC21	CODOX-m : Cyclophosphamide D1-5 & MTX D10 & Leucovorin (after MTX) & VCR D1,8 & Doxorubicin D1 & Cytarabine** IT D1,3 & MTX IT D15	21	3
	CLpC22	IVAC : Ifosfamide D1-5 & Mesna D1-5 & Etoposide D1-5 & Cytarabine** D1-2 & MTX IT D5	21	2
	CLpC23	LVP : L-asparaginase** D1-5 & VCR D1 & Prednisolone D1-5	21	6

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

- ครั้งที่ 1 เอกสารฉบับนี้พร้อมสำเนาให้ส่งพร้อมใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 ชุด
- ครั้งต่อไป ทำสำเนาเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย 1 ฉบับ เพื่อถ่ายเอกสารสำหรับส่งการเงินทุกครั้งที่เกิดเบิกยา
- Methylprednisolone\* ไม่มีในเภสัชตำรับโรงพยาบาล ให้ดำเนินการตามระเบียบของโรงพยาบาล
- Fludarabine\* ไม่มีในเภสัชตำรับโรงพยาบาล ให้ดำเนินการตามระเบียบของโรงพยาบาล (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดเงื่อนไขให้ใช้เป็น first line หรือ second line treatment ใน B-cell chronic lymphocytic leukemia)
- Cytarabine\*\* และ L-asparaginase\*\* ไม่มียาสำรอง จัดซื้อสำหรับคนไข้เฉพาะราย กรุณาแจ้งคลังยาเพื่อจัดซื้อยา

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (2/2)

เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจาก สปสช.

วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่ (วัน)	Cycle
	CLpC24	L-CHOP : VCR D1 & Doxorubicin D1 & Cyclophosphamide D1 & Dexamethasone IV D1-8 & L-asparaginase** D2-8	21	6
	CLpC31	SMILE : MTX D1 & Leucovorin (after MTX) & L-asparaginase** D2,4,6,8 & Dexamethasone D1-4	28	6
	CLpC32	ABVD : Doxorubicin D1,15 & Bleomycin D1,15 & Vinblastin D1,15 & Dacarbazine** D1,15	28	6
	CLpC41	Escalated BEACODD : Cyclophosphamide D1 & Mesna D1 & Doxorubicin D1 & Etoposide D1-3 & Dacarbazine** D2-3 & Dexamethasone PO D1-4 & VCR D8 & Bleomycin D8	21	6
	CLpC42	Baseline BEACODD : Cyclophosphamide D1 & Doxorubicin D1 & Etoposide D1-3 & Dacarbazine** D2-3 & Dexamethasone PO D1-4 & VCR D8 & Bleomycin D8	21	6
	CLpC51	High Dose MTX and Ifosfamide : MTX D1 & Leucovorin (after MTX) & Ifosfamide D3-5 & Mesna D3-5	14	6
	CLpC52	High Dose MTX : MTX 3-8 g/m <sup>2</sup> D1 & Leucovorin (after MTX)	14	6
	CLpC53	High Dose MTX and Cytarabine : MTX 3.5 g/m <sup>2</sup> D1 & Leucovorin (after MTX) & Cytarabine** D2,3	21	6

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

- ครั้งที่ 1 เอกสารฉบับนี้พร้อมสำเนาให้ส่งพร้อมใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 ชุด
- ครั้งต่อไป ทำสำเนาเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย 1 ฉบับ เพื่อถ่ายเอกสารสำหรับส่งการเงินทุกครั้งที่เกิดเบิกยา
- Cytarabine\*\* และ L-asparaginase\*\* ไม่มียาสำรอง จัดซื้อสำหรับคนไข้เฉพาะราย กรุณาแจ้งคลังยาเพื่อจัดซื้อยา