

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่

Acute Myeloid Leukemia (AML)

เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.

วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อป่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่ (วัน)	Cycle
Induction therapy				
	CAmC11	Cytarabine+ Idarubicin : Cytarabine** D1-7, Idarubicin D1-3	28	2
	CAmC12	Cytarabine alone : Cytarabine** SC q.12 hr. D1-10	28	12
Post-remission therapy				
	CAmC21	High dose cytarabine (age<65) : Cytarabine** 3 g/m ² IV q.12 hr. D1,3,5	28	4
	CAmC22	High dose cytarabine (age≥65) : Cytarabine** 1.5 g/m ² IV q.12 hr. D1,3,5	28	2
Salvage induction therapy for relapsed AML				
	CAmC31	MEC : Cytarabine**D1-5 , Mitoxantrone D1-5 , Etoposide D1-5	28	2
	Non Protocol : ใช้ยาไม่ตรงกับที่ Protocol กำหนดไว้ (เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ , ผู้ป่วยนอก ราคายาไม่เกิน 2,300 บาท)			

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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