

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์ในผู้ใหญ่

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 <sup>2</sup> IV q.12 hr. D1,3,5	28	4
	CAmC22	High dose cytarabine (age≥65) : Cytarabine** 1.5 g/m <sup>2</sup> 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
ใช้ยาไม่ตรงกับที่ Protocol กำหนดไว้ (เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ , ผู้ป่วยนอก ราคาไม่เกิน 2,300 บาท)				

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

- การเบิกยาในครั้งที่ 1 ส่งเอกสารนี้พร้อมกับใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยา
- การเบิกยาในครั้งต่อไปให้ระบุรหัส Protocol ที่มูมนด้านขวาของใบสั่งยา และ ใบ Order เคมีบำบัด
- Methylprednisolone\* และ L-asparaginase\* ไม่มีในเภสัชตำรับโรงพยาบาล ให้ดำเนินการตามระเบียบของโรงพยาบาล
- Cytarabine\*\*ไม่มียาสำรอง จัดซื้อสำหรับคนไข้เฉพาะราย กรุณาแจ้งคลังยาเพื่อจัดซื้อยา