

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยติในผู้ใหญ่ 1/3

Adult Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)

เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.

วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่ (วัน)	Cycle
	CAIC11	Hyper-CVAC therapy (1,3,5,7) alternating with high dose MTX and Ara-C (2,4,6,8)		
	CAIC12	Hyper-CVAD : Cyclophosphamide q.12 hr. D1-3, Mesna D1-3, VCR D4,11, Doxorubicin D4, Dexamethasone PO D1-4 & D11-14 , MTX IT D2, Cytarabine IT D6	56	4
	CAIC13	High-dose MTX and Ara-C : MTX D1, Leucovorin 16 dose+starting,Cytarabine** D2,3, Methylprednisolone* D1-3, MIX IT D2, Cytarabine** IT D6	56	4
	CAIC14	Maintenance : VCR D1 q. 4 wk, Prednisolone PO D1-5 , 6-Mercaptopurine* PO OD, MTX PO weekly	28	24
GMALL Protocol				
	CAIC21	Pre-treatment (Large tumor burden) : VCR D1 , Prednisolone PO D1-7		
	CAIC22	Induction P1 : Prednisolone PO D1-28, VCR D1,8,15,22, Doxorubicin D1,8,15,22 , L-asparaginase* D15-28		
	CAIC23	Induction P2 : Cyclophosphamide 1,000 mg/m ² D29,43,57, Cyclophosphamide 75 mg/m ² IV/SC D 31-34, 38-41,45-48, 52-55 , 6-Mercaptopurine* D29-57 , MTX IT D31,38,45,52		

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมพอยด์ในผู้ใหญ่ 2/3

Adult Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)

เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจาก สปสช.

วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่ (วัน)	Cycle
	CAIC31	Interim maintenance : 6-Mercaptopurine*PO, MTX PO weekly*2months	60	1
	CAIC32	Consolidation P1 : Dexamethasone PO D1-28 , VCR D1,8,15,22 , Doxorubicin D1,8,15,22		1
	CAIC33	Consolidation P2 : Cyclophosphamide D29, Cytarabine D31-34 & 38-41 , 6-Mercaptopurine*PO D29-42		1
	CAIC34	Maintenance : 6-Mercaptopurine*PO , MTX PO Weekly		
Adapted TPOG				
	CAIC41	P1 Induction : Prednisolone PO D1-28 , VCR D1,8,15,22 , Doxorubicin D1,8,15,22 , L-asparaginase* IM D4,6,8,10,12,14 , MTX IT D1,8,22		
	CAIC42	P2 Augmented consolidation : Cyclophosphamide D1,29, 29-33 , cytarabine D1-4& D8-11, 6-Mercaptopurine* PO D1-14, Etoposide D29-33, L-asparaginase* D15,22,43,50 , VCR D15,22,43,50 , MTX IT D1,8,15,22		
	CAIC43	P2 Augmented interim maintenance : VCR D1,15,29,43 , MTX D1,15,29,43 , Leucovorin IV/PO , 6-Mercaptopurine* PO D1-56 , MTX IT D1,29		
ใช้ยาไม่ตรงกับที่ Protocol กำหนดไว้ (เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ , ผู้ป่วยนอก ราคาไม่เกิน 2,300 บาท)				

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์ในผู้ใหญ่ 3/3

Adult Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)

เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจาก สปสช.

วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่ (วัน)	Cycle
	CAIC51	P4 Augmented delayed intensification : Dexamethasone D1-7,15-21 , VCR D1,8,15,43,50 , Doxorubicin D1,8,15 , L-asparaginase*D8,15,43,50 , Cyclophosphamide D29-33 , Etoposide D29-33 , MTX IT D1,29,36		1
	CAIC52	P5 Interim maintenance : VCRD 1,15,29,43 , MTX D 1,15,29,43 , MTX IT D1,29		1
	CAIC53	P6 Augmented maintenance : VCR q. 4 wk. (for 2 Y.) , Prednisolone PO 5 D q. 4wk. (for 2 Y.) , 6-Mercaptopurine* PO OD (for 2 Y.) , MTX PO weekly (for 2 Y.) , MTX IT q. 3 mo.		24
ใช้ยาไม่ตรงกับที่ Protocol กำหนดไว้ (เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ , ผู้ป่วยนอก ราคายาไม่เกิน 2,300 บาท)				

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

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