

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์ในผู้ใหญ่

Acute Myeloid Leukemia (AML)

เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.

วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้อบ่งใช้.....

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     |
|  | Non Protocol : 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