

แบบฟอร์ม Protocol ปี 2560 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา  
(Myeloma)  
เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงจากสปสช.

วันที่.....  
ชื่อ-สกุล.....HN.....  
ข้อบ่งใช้.....

รายการรหัสเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล(กรุณาเลือกหน้าหัวข้อสูตรเคมีบำบัดที่ใช้)

เลือก	Code	สูตรเคมีบำบัด	ความถี่ (วัน)	Cycle
Induction regimens for transplant-candidate myeloma				
	CMyC11	CyD : Cyclophosphamide 500 mg/m <sup>2</sup> PO D 1,8,15 & Dexamethasone 40 mg/d PO D 1-4 และ 9-12	21	4-6
Induction regimens for non-transplant-candidate myeloma				
	CMyC21	CyD : Cyclophosphamide 300 mg/m <sup>2</sup> PO D 1,8,15,22 & Dexamethasone 40 mg/d PO D 1,8,15,22	28	8-12
	CMyC22	MP : Melphalan 9 mg/m <sup>2</sup> /d PO D1-4 & 60 mg/kg/d PO D1-4 & Prednisolone 60 mg/d PO D1-4	42	8-12
	Non Protocol : ใช้จ่ายไม่ตรงกับที่ Protocol กำหนดไว้ (เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ , ผู้ป่วยนอก ราคายาไม่เกิน 2,300 บาท)			

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

**หมายเหตุ**

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