

แบบฟอร์ม จ(2)  
trastuzumab\_ adjuvant therapy  
breast cancer **ครั้งแรก** ฉบับปรับปรุง  
ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

**แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab**  
**เจ็อนไซ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (adjuvant therapy)**  
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย		
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....12250.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> สปสช.	<input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม
		<input type="checkbox"/> อื่น ๆ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก**

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
3. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดด้วยวิธี curative breast surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วันเดือนปีที่ผ่าตัด ..... / ..... / ..... โดยเป็นการผ่าตัดด้วยวิธี		
<input type="checkbox"/> modified radical mastectomy (MRM)		
<input type="checkbox"/> breast conserved		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....		
4. ระยะของโรค		
T stage <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
N stage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
M stage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
<b>หมายเหตุ</b>		
1. กรณีที่โรคมมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN1-3 ยกเว้น supraclavicular node positive) และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็นแบบใดก็ได้		
2. กรณีที่โรคไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) แต่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมมากกว่า 2 ซม. และมีผล hormone receptor status (ER/PR) เป็น ER/PR negative		



แบบฟอร์ม จ(2)  
Trastuzumab\_breast cancer  
**ต่อเนื่อง** ฉบับปรับปรุง  
ในบัญชียาหลักฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

### แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Trastuzumab

#### เงื่อนไข มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่  ครั้งที่ 1                       ครั้งที่ 2

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย**

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....12250.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> สปสช.	<input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม
		<input type="checkbox"/> อื่น ๆ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง**

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ...../...../.....		
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
3. ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....		
ยืนยันด้วยผลการประเมินการทำงานของหัวใจ เข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้		
<input type="checkbox"/> 3.1 echocardiogram ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ .....		
<input type="checkbox"/> 3.2 MUGA ได้ผล LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50% โปรดระบุ .....		
4. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การหยุดยา ดังนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 กรณีผู้ป่วยที่โรคมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node positive) ได้รับยา Trastuzumab ครบ		
4.2 กรณีผู้ป่วยที่ยังไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (node negative) ได้รับยา Trastuzumab ครบ		
4.3 ผู้ป่วยขาดการติดต่อ		
4.4 มีอาการแสดงของภาวะ congestive heart failure		
4.5 มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF <50%)		
4.6 ต้องหยุดยานานเกิน 8 สัปดาห์		
5. สรุปผลประเมินสภาวะโรคระยะเริ่มต้นของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ ..... /..... /.....		
<input type="checkbox"/> disease free <input type="checkbox"/> relapsed disease วันที่ ..... /..... /.....		
6. ผู้ป่วยได้รับยา Trastuzumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที่ ..... /..... /.....		

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง**

การให้ยาครั้งนี้ เป็นครั้งที่ .....

7. ขนาดยา Trastuzumab ที่ขออนุมัติใช้ต่อเนื่อง ..... mg  
8. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาดังแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../.....

(ขออนุมัติใช้ยาทุก 6 เดือน)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....  
วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ ...../...../.....

หมายเหตุ : ผู้อนุมัติ คือ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ , รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ,  
หัวหน้ากลุ่มงานเคมีบำบัด หรือ หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งนรีเวช