

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ AN/VN \_\_\_\_\_

สิทธิการเบิก • หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า • ประกันสังคม • ข้าราชการ • อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

เพศ \_\_\_\_\_ • ชาย • หญิง วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี

น้ำหนักตัว \_\_\_\_\_ กิโลกรัม ส่วนสูง \_\_\_\_\_ เซนติเมตร พื้นที่ผิว \_\_\_\_\_ ตารางเมตร

**ข้อบ่งใช้** โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง

|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ข้อบ่งใช้</p> <p><input type="checkbox"/> Neovascular (Wet) Age-Related Macular Degeneration (AMD)</p> <p>ข้อห้ามใช้</p> <p>-Ocular or periocular infection</p> <p>-Active intraocular inflammation</p> <p>-Hypersensitivity</p> | <p>ข้อมูลอื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> Age &gt; 50 years</p> <p><input type="checkbox"/> active, subfoveal, choroidal neovascularization (CNV) lesions (or juxtafoveal lesions with leakage affecting the fovea) secondary to AMD</p> <p><input type="checkbox"/> CNV comprising at least 50% of total lesion size</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

รายการยาอื่นๆที่ได้รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่

ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Aflibercept ☐ 2 mg

เริ่มใช้ยาวันที่ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ราคายาต่อเดือน .....บาท x .....เดือน รวมเป็นเงิน.....บาท

ระยะเวลาอนุมัติครั้งละไม่เกิน 4 เดือน จะเริ่มใช้ยาวันที่ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

กรณีขอต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่สอง วันเดือนปีที่ให้ยา \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ผู้ป่วยได้รับยามาแล้วรวม .....เดือน

ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ผลการรักษามีการตอบสนอง ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

หมายเหตุ การติดตามผลการรักษาโดย CT หรือ MRI ทุก 6 สัปดาห์ ในช่วง 48 สัปดาห์แรกของการใช้ยาและทุก 12 สัปดาห์ ต่อจากนั้น

จนกระทั่งโรคมีการลุกลาม แพทย์จะจ่าย

เหตุผลของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์.....เลข ว.....วันที่ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**สำหรับเภสัชกร**

Tumor board No. \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_ Discussion

1. การจ่ายยารั้งแรกสามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุ และตอบ ✓ ทุกข้อในช่องข้อมูลอื่นๆ ☐ ใช่

2. กรณีต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปต้องตอบใช่ทั้งสองข้อ

ลงนามเภสัชกร .....วันที่ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ref** 1. U.S. Food and Drug Administration. Available at

[https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2011/125387lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/125387lbl.pdf) [Accessed March 5, 2018].

2. Schmidt-Erfurth, Ursula, et al. "Intravitreal aflibercept injection for neovascular age-related macular degeneration: ninety-six-week results of the VIEW studies." *Ophthalmology* 121.1 (2014): 193-201.

3. Heier, Jeffrey S., et al. "Intravitreal aflibercept (VEGF trap-eye) in wet age-related macular degeneration." *Ophthalmology* 119.12 (2012): 2537-2548.

ผลการอนุมัติให้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่นๆ.....

ลงนาม .....ผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

แบบบันทึกการเฝ้าระวัง ADR ยา Aflibercept วันที่ประเมิน...../...../.....

| ADR                                          | พบ/ไม่พบ | ระบุ Grade | การจัดการ/ผลลัพธ์ |
|----------------------------------------------|----------|------------|-------------------|
| HEENT                                        |          |            |                   |
| Conjunctival hemorrhage                      |          |            |                   |
| Eye pain                                     |          |            |                   |
| Cataract                                     |          |            |                   |
| Vitreous detachment                          |          |            |                   |
| Vitreous floaters                            |          |            |                   |
| Intraocular pressure increased               |          |            |                   |
| Conjunctival hyperemia                       |          |            |                   |
| Corneal erosion                              |          |            |                   |
| Detachment of the retinal pigment epithelium |          |            |                   |
| Injection site pain                          |          |            |                   |
| Foreign body sensation in eyes               |          |            |                   |
| Lacrimation increased                        |          |            |                   |
| Vision blurred                               |          |            |                   |
| Retinal pigment epithelium tear              |          |            |                   |
| Injection site hemorrhage                    |          |            |                   |
| Eyelid edema                                 |          |            |                   |
| Corneal edema                                |          |            |                   |