



ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN/VN _____
 สิทธิการเบิก • หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า • ประกันสังคม • ข้าราชการ • อื่นๆ ระบุ _____
 เพศ _____ • ชาย • หญิง วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี
 น้ำหนักตัว _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร พื้นที่ผิว _____ ตารางเมตร

ข้อบ่งใช้โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง	
ข้อบ่งใช้ยา ☐ First-line Chronic lymphocytic leukemia (Binet stage B or C) ที่ไม่เหมาะสมในการรักษาด้วย fludarabine combination chemotherapy Dose: 100 mg/m² on day 1 and 2 of 4-wk cycles ☐ Relapsed Indolent B-cell non-Hodgkin's lymphomas ที่ เคยได้รับยา rituximab containing regimen มาก่อน แล้วไม่ ตอบสนองต่อการรักษา Dose: 120 mg/m² on day 1 and 2 of 3-wk cycles	ข้อมูลอื่นๆ - Serum bilirubin 1.2-3 mg/dl - ลด dose 30% (No data are available in TB > 3 mg/dl) - No dose adjustment is necessary if CrCl > 10ml/min (limited experience in this group of patient) - Be careful if WBC < 3000/mcg, or Plt < 75000/mcl - Nadir of leukocyte and platelet is 14-20 days
รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบันชื่อ ขนาด ความถี่	
ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Bendamustine ☐ 25 mg ☐ 100 mg เริ่มใช้ยาวันที่ ____/____/____ ราคายาต่อเดือนบาท xเดือน รวมเป็นเงิน.....บาท ระยะเวลาอนุมัติครั้งละไม่เกิน 4 เดือน จะเริ่มใช้ยาวันที่ ____/____/____	
กรณีขอต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่สอง วันเดือนปีที่ให้ยา ____/____/____ ผู้ป่วยได้รับยามาแล้วรวมเดือน ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ผู้ป่วยยังคงตอบสนองต่อการรักษาและทนผลข้างเคียงจากยาได้ซึ่งสมควรให้ยาต่อไป ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ผลการรักษามีการตอบสนอง ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD	
เหตุผลของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F	
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์.....เลข ว.....วันที่.....	
สำหรับเภสัชกร Tumor board No. _____ วัน/เดือน/ปี _____ Discussion 1. การจ่ายยาครั้งแรกสามารถจ่ายแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุ และตอบ ✓ ทุกข้อในช่องข้อมูลอื่นๆ ☐ ใช่ 2. กรณีต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปต้องตอบใช่ทั้งสองข้อ ลงนามเภสัชกรวันที่ ____/____/____	

ผลการอนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งใช้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งใช้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- ☐ อื่นๆ

.....

ลงนามผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมายวันที่ ____/____/____