



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

- ☐ Hodgkin's disease, After failure of auto-HSCT or after failure of at least 2 multi-agent chemotherapy regimens in patients not eligible for auto-HSCT
- ☐ Hodgkin's disease, Consolidation therapy after auto-HSCT
- ☐ Large cell anaplastic lymphoma, Systemic, after failure of at least one multi-agent chemotherapy regimen
- ☐ Mycosis fungoides, CD30-expressing, in patients who have received prior systemic therapy
- ☐ Primary cutaneous lymphoma, Anaplastic large cell, in patients who have received prior systemic therapy

ข้อมูลอื่นๆ

- ☐ Life expectancy > 2 months
- ☐ ECOG performance status 0 - 2
- ☐ มีการทำงานของอวัยวะต่างๆตามเกณฑ์ต่อไปนี้
- Total bilirubin <1 ULN
 - AST/SGOT <1.5 ULN
 - ALT/SGPT <1.5 ULN
 - CrCL > 30 mL/min
- ☐ QTc interval < 470 ms
- ☐ LVEFวันที่ทดสอบ.....
- ☐ ไม่มีภาวะตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร

รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่

ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Brentuximab ☐ 1.8mg/kg (max 180 mg) every 3 week x 16 cycles เริ่มใช้ยาวันที่

/____/____

Tumor board No. _____ วัน/เดือน/ปี _____ Discussion

ผลการรักษามีการตอบสนอง ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD วันที่ประเมิน ____/____/____

วันที่หยุดใช้ยา ____/____/____ เหตุผล

ลงนามเภสัชกร