



ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN/VN _____

สิทธิการเบิก • หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า • ประกันสังคม • ข้าราชการ • อื่นๆ ระบุ _____

เพศ _____ อายุ _____ ปี

น้ำหนักตัว _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร พื้นที่ผิว _____ ตารางเมตร

ข้อบ่งใช้ โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง

☐ Anaplastic lymphoma kinase (ALK) positive Metastatic non-small cell lung cancer

ข้อมูลอื่นๆ

☐ Subjects with histological confirmed EGFR mutation positive with Del-19

☐ Subjects with treatment-naive advanced lung adenocarcinoma

☐ Life expectancy > 2 months

☐ ECOG performance status 0 - 2

☐ ไม่มีภาวะ Symptomatic metastatic brain or meningeal tumors with multiple lesions

☐ มีการทำงานของอวัยวะต่างๆตามเกณฑ์ต่อไปนี้

○ Total bilirubin <1 ULN

○ AST/SGOT <1.5 ULN

○ ALT/SGPT <1.5 ULN

○ CrCL > 30 mL/min

☐ ไม่มีภาวะตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร

รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่

ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Afatinib ☐ 20 mg ☐ 30 mg ☐ 40 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

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

จนกระทั่งโรคมีการลุกลามแพร่กระจาย

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

ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์.....เลข ว.....วันที่ _____ / _____ / _____

สำหรับเภสัชกร

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

1. การจ่ายยาคั้งแรกสามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุ และตอบ ✓ ทุกข้อในช่องข้อมูลอื่นๆ ☐ ใช่

2. กรณีต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปต้องตอบใช่ทั้งสองข้อ

ลงนามเภสัชกรวันที่ _____ / _____ / _____

Ref.1. Sequist et al. J Clin Oncol. 2013.

2. Wu et al. Lancet Oncol. 2014.

3. Giotrif® (afatinib) prescribing information, 2013.

4. NCCN Guidelines version7.2015 Non-Small Cell Lung Cancer.

ผลการอนุมัติให้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่นๆ.....

ลงนามผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่ ____/____/____

แบบบันทึกการเฝ้าระวัง ADR ยา Afatinib วันที่ประเมิน...../...../.....

ADR	พบ/ไม่พบ	ระบุ Grade	การจัดการ/ผลลัพธ์
GI disorder			
Diarrhea			
Nausea			
Decrease appetite			
Constipation			
Stomatitis			
Skin disorder			
Rash			
Dry skin			
Nail toxicity			
Pruritus			
Eye disorder			
Respiratory			
Cough			
Musculoskeletal			
Back pain			
General			
Fatigue			
Infection			
Pneumonia			
Vascular event			
Venous thromboembolism			
Cardiac symptom			
Palpitation, Arrhythmia			
Peripheral edema			
Lab Abnormality	พบ/ไม่พบ	ระบุค่า	การจัดการ/ผลลัพธ์
Chemistry			
Hyponatremia			
Hypermagnesemia			
Hematologic			
Lymphopenia			
Thrombocytopenia			
Anemia			
Neutropenia			