

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

Colorectal Cancer ☐ treatment of KRAS mutation-negative (wild-type), epidermal growth factor receptor (EGFR)-expressing, metastatic colorectal cancer ☐ As a single agent, EGFR-expressing metastatic colorectal cancer after failure of both irinotecan- and oxaliplatin-based regimens or in patients who are intolerant to irinotecan-based regimens. ☐ In combination with irinotecan, EGFR-expressing metastatic colorectal carcinoma in patients who are refractory to irinotecan-based chemotherapy. ☐ In combination with FOLFIRI (irinotecan, 5-fluorouracil, leucovorin) for first-line treatment ☐ In combination with FOLFOX (oxaliplatin, 5-fluorouracil, leucovorin) for first-line treatment	ข้อมูลอื่นๆ ☐ ECOG performance status 0 - 2 ☐ patients with metastatic colorectal cancer with epidermal growth factor receptor immunohistochemically detectable ☐ Age ≥ 18 years old ☐ first-occurrence of a non-resectable ☐ EGFR-expressing ☐ KRAS wild-type metastatic colorectal cancer (mCRC) ☐ had at least one radiologically measurable lesion in a non-irradiated area ☐ a life expectancy of ≥ 12 weeks ☐ adequate hepatic, renal and bone marrow function. Exclusion criteria ☐ previous exposure to an anti-EGFR therapy or irinotecan-based chemotherapy ☐ previous chemotherapy for metastatic colorectal cancer, adjuvant treatment that was terminated 6 months or less before the start of treatment ☐ the use of radiotherapy, surgery (excluding previous diagnostic biopsy), or any investigational drug in the 30-day period before the start
รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่	
ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้Cetuximab ☐ 400 mg/m² ☐ 250 mg/m² 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. การจ่ายยาครั้งแรกสามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุ และตอบ ✓ ทุกข้อในช่องข้อมูลอื่นๆ ☐ ใช่	
2. กรณีต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปต้องตอบใช่ทั้งสองข้อ	
ลงนามเภสัชกรวันที่ ____ / ____ / ____	
Ref. 1. U.S. Food and Drug Administration. Available at https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/125084s0228lbl.pdf [Accessed March 6,2018]. 2.Cunningham, David, et al. "Cetuximab monotherapy and cetuximab plus irinotecan in irinotecan-refractory metastatic colorectal cancer." <i>New England journal of medicine</i> 351.4 (2004): 337-345. 3.Van Cutsem, Eric, et al. "Cetuximab and chemotherapy as initial treatment for metastatic colorectal cancer." <i>New England Journal of Medicine</i> 360.14 (2009): 1408-1417.	

ผลการอนุมัติใช้ยา

- ☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา
☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยผู้ป่วยในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้
☐ อื่นๆ.....

ลงนามผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่ ____ / ____ / ____

แบบบันทึกการเฝ้าระวัง ADR ยา Cetuximab วันที่ประเมิน...../...../.....

ADR	พบ/ไม่พบ	ระบุ Grade	การจัดการ/ผลลัพธ์
GI disorder			
Nausea			
Emesis			
Diarrhea			
Dyspepsia			
Stomatitis			
Mouth Dryness			
Respiratory			
Cardiopulmonary arrest			
Pulmonary toxicity			
Pharyngitis			
Dyspnea			
Skin			
Acneiform Rash			
Radiation Dermatitis			
Application Site Reaction			
Pruritus			
Dry Skin			
Acne			
Alopecia			
General			
Fever			
Chills			
Weight Loss			
Dehydration			
Eye Disorders			
Conjunctivitis			
Nervous system disorders			
Headache			
Depression			
Insomnia			
Confusion			
Anxiety			
Lab Abnormality	พบ/ไม่พบ	ระบุค่า	การจัดการ/ผลลัพธ์
Chemistry			
Hypocalcemia			
Hypokalemia			
Hypomagnesemia			
Hypomagnesemia			
Alkaline Phosphatase increased			