

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

Head and Neck Cancer ☐ Locally or regionally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck in combination with radiation therapy. ☐ Recurrent locoregional disease or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck in combination with platinum-based therapy with 5-FU ☐ Recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck progressing after platinum-based therapy.	ข้อมูลอื่นๆ ☐ ECOG performance status 0 - 2 ☐ Stage III/IV disease ☐ Measurable disease in the oropharynx, hypopharynx, or larynx ☐ No distant metastases ☐ No prior systemic therapy in the last 3 year ☐ No prior surgery or RT ☐ The patients had acceptable hematopoietic, hepatic, and renal function. Exclusion criteria ☐ previously had cancer or had received chemotherapy within the preceding three years, or if they had undergone surgery or had previously received radiotherapy for head and neck cancer. ☐ Immunostaining of the tumor for EGFR was not required for eligibility, but tumor specimens were obtained for this purpose.
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. Bonner, James A., et al. "Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck." *New England Journal of Medicine* 354.6 (2006): 567-578.

ผลการอนุมัติจ่าย

☐ อนุมัติให้จ่ายโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้จ่ายได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ 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			