

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

☐ ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามชนิด Non Squamous ที่มี ALK Positive

ข้อมูลอื่นๆ

☐ Age $\geq$ 18 years

☐ Histologically or cytologically confirmed locally advanced, recurrent, or metastatic nonsquamous NSCLC

☐ Positive for an ALK rearrangement (as determined centrally with the use of a Vysis ALK Break Apart FISH Probe Kit [Abbott Molecular])

☐ ECOG 0-2

☐ Adequate hepatic, renal, and bone marrow function

○ Total bilirubin <1 ULN

○ AST/SGOT <1.5 ULN

○ ALT/SGPT <1.5 ULN

○ CrCL > 30 mL/min

☐ Treated brain metastases were eligible if the metastases were neurologically stable for at least 2 weeks before prescribe and the patient had no ongoing requirement for glucocorticoids

ขนาดยาที่ขออนุมัติให้ใช้ Crizotinib ☐ 250mg ☐ 200mg

ราคายาต่อเดือนบาท xเดือน รวมเป็นเงิน.....บาท

ระยะเวลาอนุมัติครั้งละไม่เกิน 6 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. การจ่ายยาครั้งแรกสามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีตรงตามข้อบ่งใช้ที่ระบุ และตอบ ✓ ทุกข้อในช่องข้อมูลอื่นๆ ☐ ใช่

2. กรณีต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปต้องตอบใช่ทั้งสองข้อ

ลงนามเภสัชกรวันที่ ____/____/____

Ref: PROFILE 1014 Investigators N Engl J Med 2014; 371:2167-2177

ผลการอนุมัติใช้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งใช้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่อยู่ในข้อบ่งใช้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่นๆ.....

ลงนามผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่ ____/____/____