



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

☐ deleterious or suspected deleterious gBRCAm, HER2-negative metastatic breast cancer, who have been treated with chemotherapy in the neoadjuvant, adjuvant, or metastatic setting

ข้อมูลอื่นๆ

☐ Age > 18 years

☐ ECOG performance status 0 - 1

☐ HER2-negative mBC (hormone receptor positive or triple negative [TN]) and a gBRCAm (Breast cancer)

☐ received ≤ 2 chemotherapy lines for mBC (breast cancer)

รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่

ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Olaparib ☐ 50 mg ☐ 100 mg ☐ 150 mg ☐ 200 mg ☐ 300 mg ☐ 600 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

จนกระทั่งโรคมีการลุกลาม แพทย์จะจ่าย

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. Prescribing Information for LYNPARZA. AstraZeneca Pharmaceuticals LP, Wilmington, DE.

2. Robson, Mark E., et al. "OlympiAD: Phase III trial of olaparib monotherapy versus chemotherapy for patients (pts) with HER2-negative metastatic breast cancer (mBC) and a germline BRCA mutation (gBRCAm)." (2017): LBA4-LBA4.

3 U.S. Food and Drug Administration. Available at www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/208558s001lbl.pdf
[Accessed February 27 ,2018].

ผลการอนุมัติใช้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ได้โดยไม่มีอยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่นๆ.....

ลงนามผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่ ____/____/____

\

แบบบันทึกการเฝ้าระวัง ADR ยา Olaparib วันที่ประเมิน...../...../.....

ADR	พบ/ไม่พบ	ระบุ Grade	การจัดการ/ผลลัพธ์
GI disorder			
Diarrhea			
Nausea or vomiting			
Loss of appetite			
dyspepsia			
Constipation			
Changes in the way of food taste			
Mouth sores			
Indigest or heartburn			
Respiratory			
Sore throat or runny nose			
Respiratory tract infection			
nasopharyngitis			
Musculoskeletal			
arthralgia/myalgia			
General			
Tiredness or weakness			
Hematology			
Decreased red blood cell			
Decreased platelet			
Nervous system disorders			
Headache			
Lab Abnormality	พบ/ไม่พบ	ระบุค่า	การจัดการ/ผลลัพธ์
Chemistry			
Creatinine rising			
Hematologic			
lymphopenia			
Leukopenia			
Thrombocytopenia			
Anemia			
Neutropenia			