



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	
☐ ใช้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCL ระยะแพร่กระจาย ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานและพบการกลายพันธุ์ของยีน T790M หมายเหตุ การรักษาก่อนหน้าที่ได้รับ โปรดระบุเริ่ม.....ถึง.....	ข้อมูลอื่นๆ ☐ Life expectancy > 2 months ☐ ECOG performance status 0 - 2 ☐ มีการทำงานของอวัยวะต่างๆตามเกณฑ์ต่อไปนี้ ○ Total bilirubin <1 ULN ○ AST/SGOT <1.5 ULN ○ ALT/SGPT <1.5 ULN ○ CrCL > 30 mL/min ☐ QTc interval < 470 ms ☐ LVEFวันที่ทดสอบ..... ☐ ไม่มีภาวะตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร
รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่	
ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Osimertinib ☐ 80mg OD ☐ 40mg OD เริ่มใช้ยาวันที่ ____/____/____ Tumor board No. _____ วัน/เดือน/ปี _____ Discussion	
ผลการรักษามีการตอบสนอง ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD วันที่ประเมิน ____/____/____ วันที่หยุดใช้ยา ____/____/____ เหตุผล	
ลงนามเภสัชกร	

แบบบันทึกการเฝ้าระวัง ADR ยา Osimertinib 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			