



ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN/VN _____

สิทธิการเบิก • หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า • ประกันสังคม • ข้าราชการ • อื่นๆ ระบุ _____

เพศ _____ • ชาย • หญิง วันเดือนปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี

น้ำหนักตัว _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร พื้นที่ผิว _____ ตารางเมตร

ข้อบ่งชี้ โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง	
☐ มะเร็งเยื่อหุ้มปอด (Malignant Pleural Mesothelioma) - ใช้ร่วมกับ cisplatin ในการรักษา unresectable malignant pleural mesothelioma โดยผู้ป่วยไม่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน ☐ มะเร็งปอด ชนิด non-small cell lung cancer - 1 st line treatment ร่วมกับ cisplatin ในผู้ป่วย NSCLC ระยะลุกลามหรือกระจาย ยกเว้น SCLC - ใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาแบบ maintenance ในผู้ป่วย NSCLC ระยะลุกลามหรือกระจาย ยกเว้น SCLC กรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม platinum ที่อาการของโรคไม่ก้าวหน้า - 2 nd line monotherapy ในผู้ป่วย NSCLC ระยะลุกลามหรือกระจาย ยกเว้น SCLC	ข้อมูลอื่นๆ ☐ มีการทำงานของอวัยวะต่างๆตามเกณฑ์ต่อไปนี้ o Total bilirubin ≤ 1.5 เท่าของค่าปกติสูงสุด o AP/AST/ALT ≤ 3 เท่าของค่าปกติสูงสุด o AP/AST/ALT ≤ 5 เท่าของค่าปกติสูงสุดเป็นที่ยอมรับได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเนื้องอกที่ตับเข้ามาเกี่ยวข้อง o CrCL ≥ 45 mL/min ☐ ไม่มีภาวะตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร
รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่	
ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Pemetrexed ☐ 100 mg ☐ 500 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	
เหตุผลของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F	
ลงนามแพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....รหัสแพทย์.....เลข ว.....วันที่ ____/____/____	
สำหรับเภสัชกร Tumor board No. _____ วัน/เดือน/ปี _____ Discussion _____ 1. การจ่ายยาครั้งแรกสามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีตรงตามข้อบ่งชี้ที่ระบุ และตอบ ✓ ทุกข้อในช่องข้อมูลอื่นๆ ☐ ใช่ 2. กรณีต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปต้องตอบใช่ทั้งสองข้อ ลงนามเภสัชกรวันที่ ____/____/____	
Ref. 1. Alimta [®] (pemetrexed) prescribing information, 2014.	

ผลการอนุมัติใช้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่ต้องอยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่นๆ.....

ลงนามผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่ ____/____/____