



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Sorafenib

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	
☐ มะเร็งที่ไทรอยด์ลุกลาม ☐ มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด differentiated ระยะลุกลามเฉพาะที่หรือระยะแพร่กระจายที่รักษาด้วยรังสีไอโอดีน (radioactive iodine) ไม่ได้ผล	ข้อควรระวังเป็นพิเศษ/ ข้อมูลอื่นๆ ☐ ได้รับการตรวจประเมินค่าการทำงานของต่อมไทรอยด์ ☐ ไม่มีภาวะตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร ☐ ตรวจติดตามสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตทำงานผิดปกติ
รายการยาอื่นๆที่รับประทาน ปัจจุบัน ชื่อ ขนาด ความถี่	
ขนาดยาที่ขออนุมัติใช้ Sorafenib 200 mg เริ่มใช้ยาวันที่ ____/____/____ ราคาขายต่อเดือนบาท 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. การจ่ายยารั้งแรกสามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีตรงตามข้อบ่งชี้ที่ระบุ และตอบ ✓ ทุกข้อในช่องข้อมูลอื่นๆ ☐ ใช่ 2. กรณีต่ออายุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปต้องตอบให้ทั้งสองข้อ ลงนามเภสัชกรวันที่ ____/____/____	
Ref.1. Nexavar® (Sorafenib tosylate) prescribing information, 2013.	

ผลการอนุมัติใช้ยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาโดยเบิกจ่ายได้ตามข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา

☐ อนุมัติให้ใช้ยาได้โดยไม่มีอยู่ในข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้

☐ อื่นๆ.....

ลงนามผู้บริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่ ____/____/____