

แนวทางการกำกับการใช้ยา bevacizumab

ข้อบ่งใช้โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ

1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

- 1.1 ขออนุมัติการใช้ยา bevacizumab จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ตามแนวทางการอนุมัติที่แต่ละหน่วยงานกำหนดไว้ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์
- 1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่จะใช้ยากับผู้ป่วย (อนุมัติให้ใช้เป็นเวลา 4 เดือน) และครั้งต่อไป ทุก ๆ 3 เดือน

2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

- 2.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการเตรียมยาและให้ยาเคมีบำบัดจนครบสูตรมาตรฐานแก่ผู้ป่วย
- 2.2 เป็นสถานพยาบาลที่สามารถตรวจ หรือ ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
- 2.3 เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วม ดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขามะเร็งวิทยานรีเวช หรือ อายุรศาสตร์ มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา bevacizumab ในโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ โดยมีเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังนี้

- 4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)[†]
- 4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว (epithelial ovarian cancer), มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ (fallopian tube cancer) หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ (primary peritoneal cancer) โดยมีการยืนยันผลด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยา
- 4.3 ผู้ป่วยมีลักษณะ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 4.3.1 เป็นผู้ป่วยระยะที่ IIIB-IIIC ที่ได้รับการผ่าตัด (debulked) แล้วมีขนาดก้อนเหลือมากกว่า 1 เซนติเมตร พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น บันทึกการผ่าตัด (ตามมาตรฐานการบันทึกทางเวชระเบียน) หรือผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยหลังการผ่าตัดที่บ่งชี้ถึงรอยโรค
 - 4.3.2 เป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม (ระยะที่ IV) พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น รายงานการผ่าตัด รายงานผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เป็นต้น

หมายเหตุ การแบ่งระยะ (staging) ของมะเร็งรังไข่ มีนิยามตามการระบุใน International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) ฉบับปัจจุบัน

- 4.4 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดี คือ มี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดยมีหลักฐานการสนับสนุนจากการประเมินทางคลินิก การตรวจร่างกาย การประเมิน Activities of Daily Living (ADL) ด้วย Barthel ADL index มากกว่าหรือเท่ากับ 12 และส่งแบบฟอร์ม Barthel ADL index ที่ลงไว้มาพร้อมกับสำเนาเวชระเบียนด้วย
- 4.5 อนุมัติให้ใช้ยา bevacizumab ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้
 - 4.5.1 ใช้เป็นยาขนานแรกร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน

- 4.5.2 ไม่เป็นการใช้ยา bevacizumab เป็นยาเดี่ยว
- 4.5.3 ไม่เป็นการใช้ยา bevacizumab ในกรณี subsequent therapy
- 4.6 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด^{††}

5. ขนาดยาที่แนะนำ

- 5.1 bevacizumab 7.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หยดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับสูตริยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 5-6 cycles
- 5.2 maintenance bevacizumab 7.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 3 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 18 cycles นับตั้งแต่ใช้ยาครั้งแรก

6. การประเมินระหว่างการรักษา

6.1 ด้านประสิทธิผลของการรักษา

- 6.1.1 ตรวจติดตามค่า CA-125 ก่อนเริ่มการรักษา และก่อนให้ยาเคมีบำบัดทุก 1-2 รอบการรักษา
- 6.1.2 ประเมินรอยโรคด้วยการตรวจทางรังสีวินิจฉัยในบริเวณรอยโรคที่วัดได้ ทุก 8-12 สัปดาห์

6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

- 6.2.1 ชักประวัติอาการ การตรวจร่างกาย ก่อนเริ่มการรักษาทุกครั้ง
- 6.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ก่อนและระหว่างการให้การรักษา ได้แก่ CBC, urine examination, Cr

7. เกณฑ์การหยุดยา

ให้หยุดยา เมื่อเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 7.1 เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
- 7.2 ผู้ป่วยได้รับยาครบตามหัวข้อขนาดยาที่แนะนำ
- 7.3 ผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา จากการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ก่อนขนาดโตขึ้น ตาม Response evaluation criteria in solid tumors (RECIST) criteria
- 7.4 ค่า CA-125 สูงขึ้น จนกระทั่งแพทย์เห็นสมควรให้มีการหยุดยา
- 7.5 เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงที่ไม่สามารถให้ยาต่อได้
- 7.6 ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา

^{††}โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการส่งยาบัญชี จ(2)

คำอธิบายแนวทำยแนวทางกำกับการใช้ยา bevacizumab

ข้อบ่งใช้โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ การแบ่งระยะ (staging) ของมะเร็งรังไข่ตาม International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2018

Stage	Definition
I	Tumor confined to ovaries or fallopian tube(s)
IA	Tumor limited to 1 ovary (capsule intact) or fallopian tube; no tumor on ovarian or fallopian tube surface; no malignant cells in the ascites or peritoneal washings
IB	Tumor limited to both ovaries (capsules intact) or fallopian tubes; no tumor on ovarian or fallopian tube surface; no malignant cells in the ascites or peritoneal washings
IC	Tumor limited to 1 or both ovaries or fallopian tubes, with any of the following:
IC1	Surgical spill
IC2	Capsule ruptured before surgery or tumor on ovarian or fallopian tube surface
IC3	Malignant cells in the ascites or peritoneal washings
II	Tumor involved 1 or both ovaries or fallopian tubes with pelvic extension (below pelvic brim) or primary peritoneal cancer
IIA	Extension and/or implants on uterus and/or fallopian tubes and/or ovaries
IIB	Extension to other pelvic intraperitoneal tissues
III	Tumor involved 1 or both ovaries or fallopian tubes, or primary peritoneal cancer, with cytologically or histologically confirmed spread to the peritoneum outside the pelvis and/or metastasis to the retroperitoneal lymph nodes
IIIA	Metastasis to the retroperitoneal lymph nodes with or without microscopic peritoneal involvement beyond the pelvis
IIIA1	Positive retroperitoneal lymph nodes only (cytologically or histologically proven):
IIIA1(1)	Metastasis up to 10 mm in greatest dimension
IIIA1(2)	Metastasis more than 10 mm in greatest dimension
IIIA2	Microscopic extrapelvic (above the pelvic brim) peritoneal involvement with or without positive retroperitoneal lymph nodes
IIIB	Macroscopic peritoneal metastasis beyond the pelvis up to 2 cm in greatest dimension, with or without metastasis to the retroperitoneal lymph nodes
IIIC	Macroscopic peritoneal metastasis beyond the pelvis more than 2 cm in

Stage	Definition
	greatest dimension, with or without metastasis to the retroperitoneal lymph nodes (includes extension of tumor to capsule of liver and spleen without parenchymal involvement of either organ)
IV	Distant metastasis including peritoneal metastases
IVA	Pleural effusion with positive cytology
IVB	Parenchymal metastases and metastases to extra-abdominal organs (including inguinal lymph nodes and lymph nodes outside of the abdominal cavity)

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bevacizumab
เงื่อนไข โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ
(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก

		ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย
1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศหญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด /...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

		ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....			
1	ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 2.1 มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อผิว (epithelial ovarian cancer) <input type="checkbox"/> 2.2 มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ (fallopian tube cancer) <input type="checkbox"/> 2.3 มะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ (primary peritoneal cancer) โดยมีการยืนยันผลด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	ผู้ป่วยมีลักษณะ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> 3.1 เป็นผู้ป่วยระยะที่ IIIB-IIIC ที่ได้รับการผ่าตัด (debulked) แล้วมีขนาดก้อนเหลือมากกว่า 1 เซนติเมตร พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น บันทึกการผ่าตัด (ตามมาตรฐานการบันทึกทางเวชระเบียน) หรือผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยหลังการผ่าตัดที่บ่งชี้ถึงรอยโรค <input type="checkbox"/> 3.2 เป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม (ระยะที่ IV) พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น รายงานการผ่าตัด รายงานผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เป็นต้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1 โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	ใช้ยา bevacizumab เป็นยาขนานแรกร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน โดยไม่เป็นการใช้ยา bevacizumab เป็นยาเดี่ยว หรือ ใช้ในกรณี subsequent therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	ขนาดยา bevacizumab ที่ขออนุมัติใช้ มิลลิกรัม หมายเหตุ ขนาดยาที่แนะนำ มีดังนี้ 1). bevacizumab 7.5 mg/kg ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 5-6 cycles 2). maintenance bevacizumab 7.5 mg/kg ทุก 3 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 18 cycles นับตั้งแต่ใช้ยาครั้งแรก		
7.	ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่/...../..... ถึง/...../.....		

(ขออนุมัติให้ใช้ยาไม่เกิน 4 เดือน)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
(.....)
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)
ว.....
วัน/เดือน/ปี ที่อนุมัติ/...../.....

เอกสารแนบเพิ่มเติม
แบบประเมินคัดกรอง Barthel Activities of Daily Living (ADL)

ชื่อ..... สกุล..... เพศ HN.....

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือนิดหน่อย
- 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั้นได้เป็นปกติ

สรุปผลรวมคะแนน =

คะแนน

กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มติดบ้าน มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

กลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bevacizumab
เจ็อนไซ โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อหุ้ม มะเร็งเยื่อหุ้มท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อหุ้มช่องท้องชนิดปฐมภูมิ
 (รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)
กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศหญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....		7. อายุ.....ปี.....เดือน
8. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช. <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง

	วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน...../...../.....			
ยืนยันด้วยผลการประเมินรอยโรคด้วยการตรวจทางรังสีวินิจฉัยในบริเวณรอยโรคที่วัดได้			
3. สรุปผลประเมินสถานะโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อหุ้ม มะเร็งเยื่อหุ้มท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อหุ้มช่องท้องชนิดปฐมภูมิของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ /..... /.....			
<input type="checkbox"/> complete response <input type="checkbox"/> partial response <input type="checkbox"/> stable disease			
<input type="checkbox"/> progression of disease (เข้าเกณฑ์การหยุดใช้ยา)			
4. ผู้ป่วยได้รับยา bevacizumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที่ /..... /.....			
การให้ยาครั้งนี้ เป็นครั้งที่			
5. ขนาดยา bevacizumab ที่ขออนุมัติใช้			
หมายเหตุ ขนาดยาที่แนะนำ มีดังนี้			
1). bevacizumab 7.5 mg/kg ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 5-6 cycles			
2). maintenance bevacizumab 7.5 mg/kg ทุก 3 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 18 cycles นับตั้งแต่ใช้ยาครั้งแรก			
6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่/...../.....ถึง/...../..... (ขออนุมัติใช้ยาทุก 3 เดือน)			

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
 ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....
 วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....