**แนวทางการกำกับการใช้ยา bevacizumab**

**ข้อบ่งใช้**โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ

1. **ระบบอนุมัติการใช้ยา**
	1. ขออนุมัติการใช้ยา bevacizumab จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ตามแนวทางการอนุมัติที่แต่ละหน่วยงานกำหนดไว้ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์
	2. กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่จะใช้ยากับผู้ป่วย (อนุมัติให้ใช้เป็นเวลา 4 เดือน) และครั้งต่อไป ทุก ๆ 3 เดือน
2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล
	1. เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการเตรียมยาและให้ยาเคมีบำบัดจนครบสูตรมาตรฐานแก่ผู้ป่วย
	2. เป็นสถานพยาบาลที่สามารถตรวจ หรือ ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
	3. เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วม ดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา
3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขามะเร็งวิทยานรีเวช หรือ อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

1. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา bevacizumab ในโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุ
ช่องท้องชนิดปฐมภูมิ 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†[[1]](#footnote-1)†

**5. ขนาดยาที่แนะนำ**

5.1 bevacizumab 7.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หยดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัด 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 ซักประวัติอาการ การตรวจร่างกาย ก่อนเริ่มการรักษาทุกครั้ง

6.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ก่อนและระหว่างการให้การรักษา ได้แก่ CBC, urine examination, Cr

**7. เกณฑ์การหยุดยา**

**ให้หยุดยา เมื่อเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้**

* 1. เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
	2. ผู้ป่วยได้รับยาครบตามหัวข้อขนาดยาที่แนะนำ
	3. ผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา จากการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ก้อนขนาดโตขึ้น ตาม Response evaluation criteria in solid tumors (RECIST) criteria
	4. ค่า CA-125 สูงขึ้น จนกระทั่งแพทย์เห็นสมควรให้มีการหยุดยา
	5. เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงที่ไม่สามารถใช้ยาต่อได้
	6. ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา

**คำอธิบายแนบท้ายแนวทางกำกับการใช้ยา bevacizumab**

**ข้อบ่งใช้**โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว 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 onovarian or fallopian tube surface; no malignant cells in the ascites orperitoneal 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 thefollowing: |
|  IC1 | Surgical spill |
|  IC2 | Capsule ruptured before surgery or tumor on ovarian or fallopian tubesurface |
|  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 greatestdimension, with or without metastasis to the retroperitoneal lymph nodes |
|  IIIC | Macroscopic peritoneal metastasis beyond the pelvis more than 2 cm ingreatest 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**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

bevacizumab **\_ ovarian cancer ครั้งแรก**

**เงื่อนไข** โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ

*(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศหญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ......... ./........../..............  | 7. อายุ...........ปี.............เดือน |
| 8. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ  |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
|  | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill  | 🔾 | 🔾 |
|  | ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้  | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ 2.1 มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว (epithelial ovarian cancer) |  |  |
|  | ❑ 2.2 มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ (fallopian tube cancer) |  |  |
|  | ❑ 2.3 มะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ (primary peritoneal cancer) |  |  |
|  | โดยมีการยืนยันผลด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยา |  |  |
|  | ผู้ป่วยมีลักษณะ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | 🔾 | 🔾 |
|  | ❑ 3.1 เป็นผู้ป่วยระยะที่ IIIB-IIIC ที่ได้รับการผ่าตัด (debulked) แล้วมีขนาดก้อนเหลือมากกว่า 1 เซนติเมตร พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น บันทึกการผ่าตัด (ตามมาตรฐานการบันทึกทางเวชระเบียน) หรือผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยหลังการผ่าตัดที่บ่งชี้ถึงรอยโรค |  |  |
|  | ❑ 3.2 เป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม (ระยะที่ IV) พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น รายงานการผ่าตัด รายงานผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เป็นต้น |  |  |
|  | ผู้ป่วยมี ECOG performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1โปรดระบุ ECOG performance status ของผู้ป่วย ❑ 0 ❑1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 | 🔾 | 🔾 |
| 5. | ใช้ยา bevacizumab เป็นยาขนานแรกร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน โดยไม่เป็นการใช้ยา bevacizumab เป็นยาเดี่ยว หรือ ใช้ในกรณี subsequent therapy | 🔾 | 🔾 |
| 6. | ขนาดยา bevacizumab ที่ขออนุมัติใช้ ......................... มิลลิกรัม**หมายเหตุ** ขนาดยาที่แนะนำ มีดังนี้1). bevacizumab 7.5 mg/kg ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 5-6 cycles2). maintenance bevacizumab 7.5 mg/kg ทุก 3 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 18 cycles นับตั้งแต่ใช้ยาครั้งแรก |  |  |
| 7. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../......... ถึง .............../............../................ |  |  |
|  | (ขออนุมัติให้ใช้ยาไม่เกิน 4 เดือน) |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปี ที่อนุมัติ ........../........../..........** |

**เอกสารแนบเพิ่มเติม**

**แบบประเมินคัดกรอง Barthel Activities of Daily Living (ADL)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อ......................................** | **สกุล......................................**  |  **เพศ .................**  | **HN……….........................** |

|  |
| --- |
| ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (**Barthel ADL index)** |
| **1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)** |
| ❑ | **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 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้** |
| ❑ | **2** | **ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นบอกให้ทำตาม 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 ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย** |
| ❑ | **1** | **ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย** |
| ❑ | **2** | **ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)** |
| **7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)** |
| ❑ | **0** | **ไม่สามารถทำได้** |
| ❑ | **1** | **ต้องการคนช่วย** |
| ❑ | **2** | **ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น** walker **จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)** |
| **8. Bathing (การอาบน้ำ)** |
| ❑ | **0** | **ต้องมีคนช่วยหรือทำให้** |
| ❑ | **1** | **อาบน้ำเองได้** |
| **9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)** |
| ❑ | **0** | **กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ** |
| ❑ | **1** | **กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)** |
| ❑ | **2** | **กลั้นได้เป็นปกติ** |
| **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**

**แบบฟอร์ม จ(2)**

bevacizumab **\_ ovarian cancer ต่อเนื่อง**

**เงื่อนไข** โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ

 *(รายละเอียดการใช้ยาโปรดอ้างอิงจากแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)*

**กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** 🔾 ครั้งที่ 1 🔾 ครั้งที่ 2 🔾 ครั้งที่ 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย** |
| 1. ชื่อ............................................ | สกุล...................................................  | 2. เพศหญิง |
| 3. HN……………  | 4. รหัสโรงพยาบาล..................................... |
| 5. เลขที่ประจำตัวประชาชน 🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌 |
| 6. วัน/เดือน/ปีเกิด ........../........../..............  | 7. อายุ...........ปี.............เดือน |
| 8. สิทธิ์การรักษา | 🔾 สปสช. | 🔾 ประกันสังคม |
|  | 🔾 สวัสดิการข้าราชการ  | 🔾 อื่น ๆ |

|  |  | **ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาต่อเนื่อง** |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ........../........../......... |  |  |
| 1. | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill | 🔾 | 🔾 |
| 2. | ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้ | 🔾 | 🔾 |
|  | วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน........../........../......... ยืนยันด้วยผลการประเมินรอยโรคด้วยการตรวจทางรังสีวินิจฉัยในบริเวณรอยโรคที่วัดได้ |  |  |
| 3. | สรุปผลประเมินสภาวะโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิของผู้ป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ ....... /....... /.......❑ complete response ❑ partial response ❑ stable disease ❑ progression of disease (เข้าเกณฑ์การหยุดใช้ยา) |  |  |
| 4. | ผู้ป่วยได้รับยา bevacizumab ครั้งล่าสุด ก่อนการขอต่ออายุการใช้ยา เมื่อวันที่ ....... /....... /....... |  |  |
|  | การให้ยาครั้งนี้ เป็นครั้งที่ .......  |  |  |
| 5. | ขนาดยา bevacizumab ที่ขออนุมัติใช้ ......................... มิลลิกรัม **หมายเหตุ** ขนาดยาที่แนะนำ มีดังนี้1). bevacizumab 7.5 mg/kg ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 5-6 cycles2). maintenance bevacizumab 7.5 mg/kg ทุก 3 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 18 cycles นับตั้งแต่ใช้ยาครั้งแรก |  |  |
| 6. | ระยะเวลาที่ขอใช้ยาตั้งแต่วันที่ ........../........../.........ถึง .............../............../................ (ขออนุมัติใช้ยาทุก 3 เดือน) |  |
|  | **สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด** |
|  **แพทย์ผู้สั่งใช้ยา** |  O อนุมัติ        O ไม่อนุมัติ |
| **ลงชื่อ ..................................................** | **ลงชื่อ ..................................................** |
|  **(…………………...............……………..)** |  **(…………………...............……………..)** |
|  **ว......................................** |  **ว......................................** |
|  | **วัน/เดือน/ปที่อนุมัติ ........../........../..........** |

1. ††โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) [↑](#footnote-ref-1)