

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา bevacizumab  
เงื่อนไข โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว 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.<br><input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ | <input type="radio"/> ประกันสังคม<br><input type="radio"/> อื่น ๆ |

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ครั้งแรก**

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ใช่                   | ไม่ใช่                |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ ..... /..... /..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                       |
| 1                                            | ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ terminally ill                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2                                            | ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้<br><input type="checkbox"/> 2.1 มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว (epithelial ovarian cancer)<br><input type="checkbox"/> 2.2 มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ (fallopian tube cancer)<br><input type="checkbox"/> 2.3 มะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ (primary peritoneal cancer)<br>โดยมีการยืนยันผลด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยา                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3                                            | ผู้ป่วยมีลักษณะ ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้<br><input type="checkbox"/> 3.1 เป็นผู้ป่วยระยะที่ IIIB-IIIC ที่ได้รับการผ่าตัด (debulked) แล้วมีขนาดก้อนเหลือมากกว่า 1 เซนติเมตร พร้อมแนบหลักฐานสนับสนุน เช่น บันทึกการผ่าตัด (ตามมาตรฐานการบันทึกทางเวชระเบียน) หรือผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยหลังการผ่าตัดที่บ่งชี้ถึงรอยโรค<br><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<br>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<br>โดยไม่เป็นการใช้ยา bevacizumab เป็นยาเดี่ยว หรือ ใช้ในกรณี subsequent therapy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6                                            | ขนาดยา bevacizumab ที่ขออนุมัติใช้ ..... มิลลิกรัม<br>หมายเหตุ ขนาดยาที่แนะนำ มีดังนี้<br>1). bevacizumab 7.5 mg/kg ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 5-6 cycles<br>2). maintenance bevacizumab 7.5 mg/kg ทุก 3 สัปดาห์ จำนวนไม่เกิน 18 cycles นับตั้งแต่ใช้ยาครั้งแรก                                                                                                                                                                                                     |                       |                       |
| 7                                            | ระยะเวลาที่ขอใช้ยา เริ่มต้นให้ยาดังแต่วันที่ ..... /..... /..... ถึง ..... /..... /.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                       |

(ขออนุมัติให้ใช้ยาไม่เกิน 4 เดือน)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา กรณีขออนุมัติใช้ยาครั้งแรก

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

วัน/เดือน/ปี ที่อนุมัติ ...../...../.....

เอกสารแนบเพิ่มเติม  
แบบประเมินกิจกรรม 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 ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- ☐ 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป 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 (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  
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 <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"/> ประกันสังคม |
| <input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ                                                                                                                                                                                                                                           |                       | <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. สรุปผลประเมินสถานะโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิของผู้ป่วยครั้งล่าสุด 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 ..... /..... /.....                                                                |                                            |                                         |                       |
| การให้ยาค้างนี้ เป็นครั้งที่ .....                                                                                                                                 |                                            |                                         |                       |
| 5. 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                                                                 |                                            |                                         |                       |
| 6. ระยะเวลาที่ขอใช้ยาดังแต่วันที่ ...../...../.....ถึง ...../...../..... (ขออนุมัติใช้ยาทุก 3 เดือน)                                                               |                                            |                                         |                       |

สำหรับผู้อนุมัติตามที่กองทุนฯ กำหนด

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้ส่งใช้ยา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ว.....

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