

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Palbociclib ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (PBC-MBC)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน

☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

☐ Newcase ☐ On treatment with Palbociclib , started date

Weight : Kg , date

* Date first diagnosis of breast cancer :

Date (เดือน/ปี)

* Date first diagnosis of metastatic breast cancer :

Date

Enrollment type :

☐ First line hormonal therapy ☐ Second line hormonal therapy

Tissue diagnosis :

☐ Invasive ductal ca ☐ Medullary ca ☐ Other, specify

Hormone receptor :

Estrogen receptor : ☐ Positive ☐ Negative

Progesterone receptor : ☐ Positive ☐ Negative

HER 2 receptor (IHC) :

☐ Positive ☐ Negative

Previous adjuvant hormonal therapy :

☐ No ☐ Yes, specify last date เดือน/ปี

Previous chemotherapy in metastatic disease :

☐ No ☐ Yes, specify

Previous hormonal therapy in metastatic disease :

☐ No ☐ Yes, specify

Pretreatment evaluation :

Comorbid disease :

☐ None ☐ Yes (specified)

ยาที่ใช้ประจำ :

ECOG Status : date

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Laboratory examination : date

CBC ; Hb : gm/dL, WBC : /mCL, PMN : %,

Lymph : %, Plt : /mCL, Albumin : g/dL,

ALT : U/L, AST : U/L, Alk phos : U/L,

Total bili : mg/dL, Direct bili : mg/dL, Creatinine : mg/dL

EKG : date

result :

Site of measurable disease :

☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone

☐ Brain ☐ Other, specify

Radiologic exam : date

By ☐ Plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Radionuclide scan ☐ PET/CT

Result 1 :

Result 2 :

* Hormonal therapy ที่ต้องการใช้ :

☐ Letrozole ☐ Fulvestrant ☐ Anastrozole

Palbociclib dose : mg.

Frequency :

เบิกยา Palbociclib ในระบบเบิกจ่ายตรง 22 รอบของการรักษา และรับยาต่อเนื่องจากทางบริษัทผู้จัดจำหน่าย

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว สาขาวิชา เบอร์โทรติดต่อ

E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ

เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **