

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pertuzumab ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (PTZ-MBC)

Hcode
 HN คำนวณหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐กท. ☐กต. ☐กสท. ☐เมืองพัทยา ☐ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg ,

date

☐ New case ☐ On treatment with Pertuzumab, started date

Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)

Tissue diagnosis date : ☐ Invasive ductal ca ☐ radio other, specify

Hormone receptor : Estrogen receptor : ☐ Positive ☐ Negative , Progesterone receptor : ☐ Positive ☐ Negative

HER 2 receptor (IHC) : ☐ 0-1+ ☐ 2+ ☐ 3+

HER 2 receptor (FISH) : ☐ Positive ☐ Negative

Meatastatic breast cancer; diagnosis date :

Previous treatment of adjuvant setting; ☐ No ☐ Yes

Adjuvant chemradio therapy :

Adjuvant trastuzumab : ☐ No ☐ Yes, last dose trastuzumab date

Adjuvant hormonal therapy : last date

Previous treatment of metastatic breast cancer

Chemradio therapy in metastatic disease : ☐ No ☐ Yes, specify

Hormonal therapy in metastatic disease : ☐ No ☐ Yes, specify

Pretreatment evaluation ;

ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Laboratory examination ;

CBC ; date :

Hb : gm/dL, WBC : /mcL, PMN : %, Lymph : %,

Plt : /mcL, Albumin : g/dL, ALT : U/L, AST : U/L,

Blood chemistry; date : Alk phos : U/L, Total bili : mg/dL,

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

LVEF study (every 6 mo.); date : , result : %

☐ CXR date ,

Result :

☐ Ultrasound abdomen date ,

Result :

Radiology study :

☐ CT/MRI chest date ,

Result :

☐ CT/MRI abdomen date ,

Result :

☐ Radionuclide scan date ,

Result :

☐ radio other, specify date ,

Result :

Site of measurable/evaluable disease; ☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ radio other, specify

☐ Pertuzumab loading dose : mg.

☐ Pertuzumab maintenance dose : mg. Frequency : 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 **