

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Trastuzumab ในผู้ป่วย Early breast cancer (TTZ-EBC)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

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

☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg Height : cm.

Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)

Curative breast surgery : date ☐ Mastectomy ☐ Breast conserve

Clinical staging : T N M กรณีที่จะใช้เป็น neoadj

Pathological staging : T N M

Pathological report : date ☐ invasive ductal ☐ invasive lobular

☐ other (spec)

IHC : date ER : ☐ Negative ☐ Positive

PR : ☐ Negative ☐ Positive

HER2 : ☐ Negative/Positive1+ ☐ Positive 2+ ☐ Positive 3+

☐ Negative ☐ Positive

ECOG Status : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

LV ejection fraction (at 6 months interval), date Result : % by ☐ MUGA ☐ Echocardiography

Adjuvant/Neoadjuvant chemotherapy : start date

Chemotherapy regimen , specify

Planned for adjuvant RT : ☐ No , (please attached RT consultation form) ☐ Yes , date

Planned adjuvant Trastuzumab: ☐ 6 เดือน ☐ 12 เดือน

☐ Trastuzumab IV loading dose : mg.

☐ Trastuzumab subcutaneous loading dose : mg.

☐ Trastuzumab IV maintenance dose : mg. Frequency :

☐ Trastuzumab subcutaneous 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 **