

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Trastuzumab ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (TTZ-MBC)

Hcode
 HN คำนวณหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ทม. ☐กกต. ☐กสทช. ☐เมืองพัทยา ☐ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐เจ้าหน้าที่ สปสข.

รอบที่ : ครั้งที่ :
 Weight : Kg Height : cm.
 Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)

First diagnosis of metastatic breast ca : Date
 Enrollment Type : ☐ 1st line treatment ☐ 2nd line treatment ☐ >2nd line treatment

Previous Trastuzumab : ☐ None
☐ Yes 1. date -
 2. date -
 3. date -

LV ejection fraction (within last 6 months), date Result : % by ☐ MUGA ☐ Echocardiography
☐ None ☐ Cyclophosphamide ☐ Doxorubicin/Epirubicin

Previous chemotherapy : (Adjuvant setting):
☐ Paclitaxel ☐ Docetaxel ☐ Methotrexate ☐ Fluoruracil
☐ Other

Previous chemotherapy : (Metastatic setting):
☐ None ☐ Cyclophosphamide ☐ Doxorubicin/Epirubicin
☐ Paclitaxel ☐ Docetaxel ☐ Methotrexate ☐ Fluoruracil
☐ Capecitabine ☐ Other

Previous hormone therapy ; (Adjuvant and Metastatic setting):
☐ None ☐ Tamoxifen ☐ Letrozole ☐ Anastrozole
☐ Exemestane ☐ Faslodex ☐ Everolimus

☐ Ovarian ablation ☐ Other

Breast surgery : ☐ Done , date ☐ Not done
 Pathological report : date ☐ invasive ductal ☐ invasive lobular

☐ other (spec)
 ER : ☐ Negative ☐ Positive
 PR : ☐ Negative ☐ Positive

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

HER2_ISH : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 ECOG Status : date

Site of disease : ☐ Breast ☐ Soft tissue ☐ Chest wall ☐ Lung ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain
☐ Lymph node, specify

☐ Other, specify

Chemotherapeutic agent with Trastuzumab,
☐ Trastuzumab IV loading dose : mg.

☐ Trastuzumab subcutaneous loading dose : mg.
☐ Trastuzumab IV maintenance dose : mg. Frequency :

☐ Trastuzumab subcutaneous maintenance dose : mg Frequency :

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 **