

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib/Dasatinib ในผู้ป่วย Acute Lymphoblastic Leukemia ชนิด philadelphia chromosome positive (IMT-ALL)

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน
☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

Date diagnosis of ALL :

Enrollment Type :

☐ New case ☐ On treatment with imatinib, since date

Line of treatment :

☐ 1st line treatment ☐ 2nd line treatment

ECOG Status :

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

CBC : date

Hb : gm%. WBC : /mm3 Plt : /mm3

PMN : % L : % other :

BM study

☐ Aspiration :

Date result :

☐ Biopsy :

Date result :

Cytogenetic study

☐ Chromosome study :

Date result : ☐ positive ☐ negative ☐ not done

☐ BCR-ABL gene by FISH :

Date result : ☐ positive ☐ negative ☐ not done

☐ BCR-ABL gene by RQ-PCR :

Date result : ☐ positive ☐ negative ☐ not done

Combination chemotherapy :

☐ N ☐ Y (specified)

Plan for HCT :

☐ Y ☐ N

Imatinib dose : mg.

Frequency :

Daily dose (mg) Imatinib :

☐ 400 ☐ 500 ☐ 600 ☐ 800

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 **