แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (IMT-CML)

Hcode

HN　　คำนำหน้า　　ชื่อ　　นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน　　วันเดือนปีเกิด　　เพศ　○ ชาย　○ หญิง

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

รอบที่ :　　ครั้งที่ :

Weight :　　Kg　　BSA :　　m2

Diagnosis : date　　○ CML chronic phase ○ CML accelerated หรือ blast crisis

Enrollment Type :　　○ 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

Phase of CML :　　○ Chronic ○ Accelerated ○ Blast

Imatinib dose :　　mg/day　　Frequency :

Daily dose Imatinib (mg) :　　○ 300 ○ 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 ****