

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Lenalidomide ในผู้ป่วย Myelodysplastic syndrome (LND-MDS 5q)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :
 Weight : Kg.
 Enrollment Type : ☐ New case ☐ On treatment with Lenalidomide , since date

☐ Total PRC transfusion last 2 months :
 (เดือน/ปี - เดือน/ปี) , unit
☐ Erythroid stimulating factors :
 (เดือน/ปี - เดือน/ปี) , unit

Previous treatment : specify agents
☐ G-CSF : (เดือน/ปี - เดือน/ปี) ,
 specify agents
☐ Other : (เดือน/ปี - เดือน/ปี) ,
☐ Low ☐ Intermediate1 ☐ Intermediate2 ☐ High

Risk category :
 IPSS score =
☐ Bone marrow study, date
 Aspiration result :

Diagnosis criteria and laboratory test ;
 Biopsy result :
☐ Bone marrow cytogenetic study, date
 result of 5q- = metaphase from total metaphase ,

Description
☐ CBC : Hb : g/dL, WBC : /mm³,
 PMN : % , L : % , platelet : /mm³
☐ Blood chem : Cr : mg/dL Albumin : g/dL
 Globulin : g/dL SGOT : , SGPT : , Alk phos :
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ECOG status :
 Comorbidities :
 Lenalidomide dose : mg.
 Frequency :
 Lenalidomide dose : mg/day x days, every weeks

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 **