

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Nilotinib ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (NLT-CML)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

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

☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

Diagnosis : date

Enrollment Type :

Line of treatment by nilotinib :

History of previous treatment :

ECOG Status :

CBC : date

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

BCR-ABL mutation test :

☐ Done , date result :

☐ not done

Phase of CML :

☐ Chronic ☐ Accelerated ☐ Blast

Nilotinib dose : mg/day

Frequency :

Daily dose Nilotinib (mg.) :

☐ 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 **