แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ponatinib ในผู้ป่วย Chronic Myeloid leukemia (PNT-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

First date diagnosis of CML : date

Enrollment Type : ○ New case ○ On treatment with Ponatinib, since date

History of previous treatment :
- ☐ Imatinib : month - month
- ☐ Nilotinib : month - month
- ☐ Dasatinib : month - month
- ☐ Others, specify

Reasons for Ponatinib treatment;

- ☐ Not response to, ☐ Imatinib ☐ Nilotinib ☐ Dasatinib
- ☐ Intolerance to, ☐ Imatinib ☐ Nilotinib ☐ Dasatinib

ระบุอาการของ intolerance

- ☐ T315i, date diagnosis, date

ECOG Status : ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

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

PMN : % L : % other :

BM study : date

- ☐ Aspiration, result :
- ☐ Biopsy, 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 : Date result :

Phase of CML : date ○ Chronic ○ Accelerated ○ Blast

Ponatinib dose : mg, Frequency :

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 **