

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Burkitt lymphoma (RTX-BL)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg. Height : cm. BSA : m2

Diagnosis : Date

Line of treatment : ☐ 1 st line treatment ☐ 2 nd line treatment ☐ >2 nd line treatment

☐ 1st Relapsed from previous Rituximab (-)

☐ 2nd Relapsed from previous Rituximab (-)

ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Tissue diagnosis : date Site :

Pathological report : date

CD20 by IHC staining : ☐ Positive % ☐ Negative

Ann Arbor staging : ☐ I ☐ IE ☐ II ☐ IIE ☐ III ☐ IIIE ☐ IV

B symptoms : ☐ Yes ☐ No

☐ CBC

☐ LDH result :

☐ HBs Ag ☐ Positive ☐ Negative

☐ HIV ☐ Positive ☐ Negative

☐ CT Chest

☐ CT Abdomen

☐ Bone marrow exam result :

Laboratory test :

Chemotherapy : specify agents

☐ Rituximab IV dose : mg. Chemotherapy and Frequency :

☐ Rituximab subcutaneous dose : mg. Chemotherapy and Frequency :

Rituximab dose , total mg. Every week ☐ Intravenous ☐ Subcutaneous

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 **