

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Chronic lymphocytic leukemia/SLL (RTX-CLL)

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

In case of relapsed : ☐ Previous chemotherapy (specify)

☐ Previous Rituximab (-)

ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Tissue diagnosis : date Site :

Pathological report : date

CD20 by IHC staining : ☐ Positive ☐ Negative

Rai staging : ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

B symptoms : ☐ Yes ☐ No

Spleen size from left costal margin : cm.

The biggest lymph node diameter : cm. Site :

CBC 6 เดือนก่อนการขออนุมัติ Hb : gm% WBC : /mm³ PMN : % L : %

Plt : /mm³ Others :

CBC ในเดือนที่ขออนุมัติ Hb : gm% WBC : /mm³ PMN : % L : %

Plt : /mm³ Others :

☐ LDH result :

☐ HBs Ag ☐ Positive ☐ Negative

☐ HIV ☐ Positive ☐ Negative

☐ CT Chest

☐ CT Abdomen

☐ Bone marrow exam

Laboratory test : ☐ Rituximab IV dose : mg. Chemotherapy and Frequency :

☐ Rituximab subcutaneous dose : mg. Chemotherapy and Frequency :

Rituximab dose , total mg. + Chemotherapy , specify agents Every week

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว สาขาวิชา บันทึกเมื่อ

E-mail ที่สามารถติดต่อได้ เบอร์โทรติดต่อ

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

- ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
- ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **