

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Follicular lymphoma (RTX-FCL)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

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

☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

Weight : Kg.

Diagnosis :

Line of treatment :

☐ 1st Relapsed from previous Rituximab

☐ 2nd Relapsed from previous Rituximab

ECOG status :

Tissue diagnosis : date

Pathological report : date

CD20 by IHC staining :

Ann Arbor staging :

B symptoms :

Laboratory test :

Chemotherapy :

☐ Rituximab IV dose : mg.

☐ Rituximab subcutaneous dose : mg.

Rituximab dose , total mg.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Height : cm. BSA : m2

Date

☐ 1 st line treatment ☐ 2 nd line treatment ☐ >2 nd line treatment

(-)

(-)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Site :

grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3a ☐ 3b

☐ Positive % ☐ Negative

☐ I ☐ IE ☐ II ☐ IIE ☐ III ☐ IIIE ☐ IV

☐ Yes ☐ No

☐ CBC

☐ LDH result :

☐ HBs Ag ☐ Positive ☐ Negative

☐ HIV ☐ Positive ☐ Negative

☐ CT Chest

☐ CT Abdomen

☐ Bone marrow exam result :

specify agents

Chemotherapy and Frequency :

Chemotherapy and Frequency :

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 **