

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Alectinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer, ALK+ (ALEC-NSL)

Hcode				
HN		คำนำหน้า		ชื่อ
เลขที่บัตรประชาชน		วันเดือนปีเกิด		นามสกุล
ระบบประกันสุขภาพ	☐ สวัสดิการข้าราชการ	☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	☐ กทม.	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

Weight : Kg ,	รอบที่ : ครั้งที่ :
Date started Alectinib	Height : cm.
Comorbid disease :	Date
Tissue diagnosis : date	☐ None ☐ Yes (specified)
Pathology report :	By ☐ Cytology ☐ Histology
	☐ Adenocarcinoma ☐ Squamous cell ca ☐ Large cell ca ☐ NOS
	☐ EGFR testing date :
	Result :
	☐ ALK rearrangement date :
Biomarkers testing :	Result :
	☐ Uncommon mutation
	☐ Other date :
	Result :
Line of treatment :	☐ 1 st line treatment ☐ 2 nd line treatment ☐ 3 rd line treatment
Previous therapy :	1 st line treatment, specify
	Month - month
	2 nd line treatment, specify
	Month - month
Clinical staging :	T N M
ECOG status : date	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Radiologic exam : date	By ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Radionuclide scan ☐ PET/CT
	☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Adrenal gland
Site of disease /metastasis :	☐ Lymph node, specify
	☐ Others, specify
Planned Alectinib dose :	☐ 150 mg/day ☐ 300 mg/day ☐ 450 mg/day ☐ 600 mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว		สาขาวิชา		เบอร์โทรศัพท์	
E-mail ที่สามารถติดต่อได้					
ผู้บันทึก ชื่อ		เบอร์โทรศัพท์			

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record

☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

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