

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Atezolizumab ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (ATZ-NSL)

Hcode				
HN		คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
เลขที่บัตรประชาชน			วันเดือนปีเกิด	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ระบบประกันสุขภาพ	☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ กองการปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.			
รอบที่ :			ครั้งที่ :	
Weight :		Kg ,		
Comorbid disease :	☐ None ☐ Yes (specified)			
Tissue diagnosis : date		By	☐ Cytology ☐ Histology	
Pathological report :	☐ Adenocarcinoma ☐ Squamous cell ca ☐ Large cell ca ☐ NOS			
	☐ EGFR testing date :			
	Result :			
	☐ ALK rearrangement date :			
	Result :			
Biomarkers testing :	☐ Uncommon mutation, result			
	☐ Others date :			
	Result :			
	☐ None			
	☐ 1 st line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)			
	specify agent(s)			
Previous treatment :	☐ 2 nd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)			
	specify agent(s)			
	☐ 3 rd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)			
	specify agent(s)			
	☐ >3 rd line treatment,			
ECOG status : date		☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		
Laboratory examination :	Albumin: g/dL, ALT : U/L, AST: U/L, alk phos: U/L			
	Total bill mg., Direct bill mg., TSH : U/L, Creatinine : mg/dL			
Site of disease /metastasis :	☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Adrenal gland			
	☐ Others, specify			
Radiologic exam : date		By ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Radionuclide scan ☐ PET/CT		
Result :				
Atezolizumab dose :		mg.	Frequency :	
Atezolizumab dose	☐ 1,200 mg every 3 week ☐ mg every week			
บันทึกเมื่อ				

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว		สาขาวิชา		เบอร์โทรศัพท์ต่อ	
E-mail ที่สามารถติดต่อได้					
ผู้บันทึก ชื่อ		เบอร์โทรศัพท์ต่อ			
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :					
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :	☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record				
	☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score				

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