

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ceritinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer, ALK+ (CRT-NSL)

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ อกท. ☐ อกต. ☐ อสทช. ☐ 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

☐ Other date :

Result :

Enrollment type :

☐ New case ☐ Previously treated with ceritinib, since date

Line of treatment :

☐ 1st line treatment ☐ 2nd line treatment ☐ 3rd line treatment

Previous therapy :

1st line treatment, specify

Month - month

2nd 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

Site of disease /metastasis :

☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Adrenal gland

☐ Lymph node, specify

☐ Others, specify

Ceritinib dose : mg.

Frequency :

Planned Ceritinib dose :

☐ 150 mg/day ☐ 300 mg/day ☐ 450 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 **