

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Durvalumab ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (DVL-NSL)

Hcode    
 HN  คำนวณ  ชื่อ  นามสกุล   
 เลขที่บัตรประชาชน  วันเดือนปีเกิด  เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง  
 ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ทม. ☐กต. ☐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

☐ PD-L1 expression :  %

☐ EGFR testing date :

Result :

☐ ALK rearrangement date :

Result :

☐ Uncommon mutation, result

☐ Others date :

Result :

Previous chemotherapy (ไม่รวม CCRT) : No ☐ Yes, date  specify

Previous radiotherapy (ไม่รวม CCRT) : No ☐ Yes, date  specify

Previous target therapy : No ☐ Yes, date  specify

Concurrent chemoradiotherapy :

Chemotherapy C1, date :  , ระบุสูตรยา

Chemotherapy C2, date :  , ระบุสูตรยา

Chemotherapy C3, date :  , ระบุสูตรยา

Radiation therapy : Start date :  , End date :  , Total dose RT  Gy

Radiologic image ก่อนการให้ CCRT :

☐ Plain x-ray, date  ☐ CT scan, date  ☐ U/S, date

☐ MRI, date  ☐ Radionuclide scan, date  ☐ PET/CT, date

Radiologic image หลังได้รับ CCRT

☐ Plain x-ray, date  ☐ Other, date  , specify

ECOG status : date  ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Laboratory examination : date  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

Durvalumab dose :  mg. Frequency :

หมายเหตุ ขนาดยาที่แนะนำ น้ำหนักต่ำกว่าหรือเท่ากับ 50 กก. ขนาดยาที่แนะนำ 500 มก. (ความแรง 500 มก. จำนวน 1 ขวด)

น้ำหนัก 51 - 62 กก. ขนาดยาที่แนะนำ 620 มก. (ความแรง 500 มก. จำนวน 1 ขวด + ความแรง 120 มก. จำนวน 1 ขวด)

น้ำหนัก 63 - 74 กก. ขนาดยาที่แนะนำ 740 มก. (ความแรง 500 มก. จำนวน 1 ขวด + ความแรง 120 มก. จำนวน 2 ขวด)

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 \*\*