

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Gefitinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (GFT-NSL)

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐กทม. ☐กกต. ☐กสทช. ☐เมืองพัทยา ☐ผู้ตรวจการแผ่นดิน
☐เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg ,

Comorbid disease :

☐ None ☐ Yes (specified)

Line of treatment :

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

Tissue diagnosis : date

By ☐ Cytology ☐ Histology

Pathology report :

☐ Adenocarcinoma ☐ Squamous cell ca ☐ Large cell ca ☐ NOS

Tissue for EGFR testing : date

☐ not detected ☐ exon 18-21 detected ☐ exon18

EGFR mutation :

☐ exon19 ☐ exon20 ☐ exon21

☐ Uncommon mutation

Previous therapy :

1st line treatment, specify start /

2nd line treatment, specify start /

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

Gefitinib dose : mg.

Frequency :

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 **