

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Osimertinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (OST-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 :

Tissue diagnosis : date

Pathological report :

EGFR T790M date

Previous treatment :

ECOG status : date

Radiologic exam : date

Site of disease /metastasis :

Osimertinib dose : mg.

Planned Osimertinib dose :

☐ None ☐ Yes (specified)

By ☐ Cytology ☐ Histology

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

☐ not detected ☐ detected

☐ None

☐ 1st line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

☐ 2nd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

☐ 3rd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

☐ Other

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

By ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Radionuclide scan ☐ PET/CT

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

☐ Lymph node, specify

☐ Others, specify

Frequency :

☐ 80 mg/day ☐ 80 mg every other 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 **