

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Abiraterone 250 mg ในผู้ป่วย M1 and M0 Castration resistant prostate cancer (A250-CRPC)

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 (specify)

First diagnosis of metastatic prostate cancer :

Date

Enrollment type :

☐ New case ☐ Previously treated with Abiraterone 250 mg/d, since date

Previous treatment

Antandrogen therapy :

☐ No

☐ Yes, specify date -

GnRH :

☐ No

☐ Yes, specify date -

Chemotherapy :

☐ No

☐ Yes, specify date -

Inhibitors of the androgen receptor pathway (IARP),

☐ No

☐ Yes, specify date -

Orchiectomy status :

☐ Yes, date ☐ No

Pathological report : date

☐ Adenocarcinoma ☐ Other (spec)

ECOG status : date

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Disease status :

☐ M1 disease; Last PSA (date) ng/ml, Previous PSA (date) ng/ml

☐ Bone, specify site(s)

Site of metastatic disease :

☐ Lung ☐ Liver ☐ Prostate ☐ Brain ☐ Lymph node

☐ Other, specify

☐ M0 disease; Last PSA (date) ng/ml, Previous PSA (date) ng/ml

Bone scan (date), result

CT abdomen(date), result

ข้อมูลแบบสอบถาม EQ5D จะลง หรือไม่ลงก็ได้

ผลแบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ5D วันที่

การเคลื่อนไหว (1-5)

การดูแลตนเอง (1-5)

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน, เรียนหนังสือ, ทำงานบ้าน, กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)

อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยในวันที่ประเมิน (0-100)

(100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด)

Abiraterone dose : mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว

สาขาวิชา

เบอร์โทรติดต่อ

E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ

เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record

☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

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

แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ EQ-5D-5L

ประเมินวันที่

ในแต่ละหัวข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม เพียงช่องเดียว ที่ตรงกับสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด

การเคลื่อนไหว

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย 2. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง 3. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก 4. ☐
- ข้าพเจ้าเดินไม่ได้ 5. ☐

การดูแลตนเอง

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย 2. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง 3. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก 4. ☐
- ข้าพเจ้าอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้ 5. ☐

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน, เรียนหนังสือ, ทำงานบ้าน, กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย 2. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง 3. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก 4. ☐
- ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้ 5. ☐

อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย 2. ☐
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง 3. ☐
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก 4. ☐
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด 5. ☐

ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

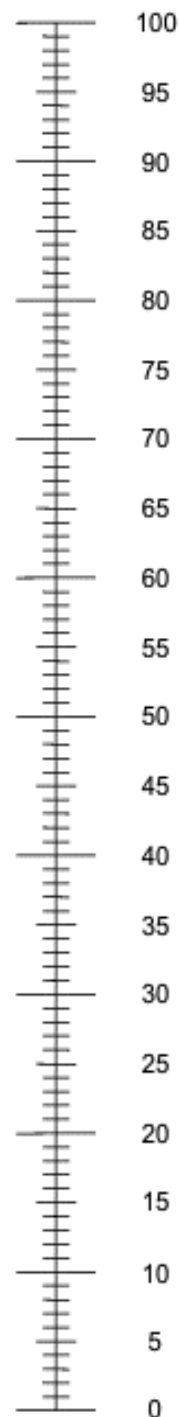
- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 1. ☐
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย 2. ☐
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง 3. ☐
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก 4. ☐
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด 5. ☐

สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

- เราอยากทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100.
- 100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุด
0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ทำเครื่องหมาย X บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

สุขภาพดีที่สุด
ตามความคิดของท่าน



สุขภาพแย่ที่สุด
ตามความคิดของท่าน