

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Bevacizumab ในผู้ป่วย Colorectal cancer (BCZ-CRC)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :
 Weight : Kg , Height : cm.
 Line of treatment : ☐ 1st line treatment ☐ 2nd line treatment ☐ >2nd line treatment
 Date diagnosis of metastatic colorectal carcinoma : Date
 Tissue Diagnosis : date Site :
 Pathological report , specify
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 =
☐ colon ☐ rectum
☐ FU ☐ LV ☐ Capecitabine ☐ Oxaliplatin ☐ Irinotecan
☐ Biologic agents, specify
☐ Others, specify
 LFT : date total protein g/dL, albumin g/dL, alk phosphatase U/L
 Creatinine : mg/dL , GFR (if Cr>1.5 mg%) mL/min
 Proteinuria : ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+ ☐ negative
 Total proteinuria (ในกรณีที่ >= 2+) : mg/day
 Clinical brain metastatic : ☐ yes ☐ no
 Last radiology examination : date by ☐ plain x-ray ☐ ultrasound ☐ CT scan
☐ radionuclide scan ☐ MRI ☐ other
 Radiology report :
☐ Bone ☐ lung / pleura ☐ soft tissue
☐ liver ☐ lymph node ☐ retroperitoneum
☐ other, specify
 Bevacizumab dose : mg. Frequency :
 Planned Bevacizumab dose : mg. Every week
 Chemotherapeutic agent :
 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 **