

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Gastrointestinal stromal tumor / Dermatofibrosarcoma Protuberans (IMT-GIST/DFSP)

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)
 First diagnosis of GIST :
 Tissue diagnosis : date
 Pathology report :
 Operation : ☐ GIST, CD117 result; ☐ Positive ☐ Negative
 Resectability : ☐ DFSP, pathological report ;
 For GIST adjuvant setting : ☐ Yes , date ☐ No
☐ Complete resection ☐ Partial resection ☐ Unresectable
 Size : Cm. Mitotic rate : ☐ ≤5/HPFs ☐ 6-10/HPFs ☐ >10/HPFs
 Primary tumor : ☐ Gastric ☐ Nongastric , Tumor rupture : ☐ Yes ☐ No
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 ECOG status : date
☐ CXR result :
☐ CT Chest; date
 result :
☐ CT abdomen; date
 result :
☐ MRI abdomen; date
 result :
☐ Ultrasound; date
 result :
☐ Others
 result :
 For metastatic disease; Site of measurable/evaluable disease;
☐ None ☐ Soft tissue ☐ Chest wall ☐ Lymph node ☐ Lung
☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain
☐ other, specify
 Imatinib dose : mg/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 **