

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Lenvatinib ในผู้ป่วย Hepatocellular carcinoma (LVT-HCC)

Hcode				
HN		คำนำหน้า		ชื่อ
เลขที่บัตรประชาชน			วันเดือนปีเกิด	นามสกุล
ระบบประกันสุขภาพ	☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.			
Date :		รอบที่ : ครั้งที่ :		
Enrollment type :	Weight : Kg, BP : / mmHg			
Comorbid disease :	☐ New case ☐ On treatment with lenvatinib, started date			
Tissue diagnosis; date , By	☐ None ☐ Yes (specified) ☐ Cytology ☐ Histology ☐ None ☐ Hepatocellular carcinoma ☐ Cholangiocarcinoma ☐ Other ,			
Pathological report :	☐ CT scan , date result :			
Radiology report :	☐ MRI scan , date result :			
Alpha-fetoprotein : date	☐ Others , date result :			
Previous treatment :	☐ None ☐ Curative surgery , (เดือน/ปี) ☐ TACE, total cycles (เดือน/ปี - เดือน/ปี) ☐ Systemic therapy , (เดือน/ปี - เดือน/ปี) specify agents			
ECOG status : date	☐ Other locoregional therapies , (เดือน/ปี) specify			
CBC : date	☐ 0 are fully active, more or less as you were before your illness ☐ 1 can't carry out heavy physical work, but can do anything else ☐ 2 up and about more than half the day. can look after yourself but can't work ☐ 3 are in bed or a chair for more than half the day. need help to look after yourself ☐ 4 are in bed or a chair all the time and need complete care			
Blood chemistry, date	Hb : g/dL, WBC : /mm ³ , PMN : %, platelet : /mm ³ total protein g/dL, albumin g/dL, alk phosphatase U/L Total bill mg., direct bill mg., SGOT U/L, SGPT U/L Serum Cr : mg/dL PT : sec, PTT : sec, * INR : sec			
Coagulogram date	☐ A ☐ B ☐ C ☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Adrenal gland ☐ Lymph node , specify			
Child-Pugh liver function class :	☐ Other, specify			
Site of disease / metastasis :	Lenvatinib dose : mg. Frequency : บันทึกเมื่อ			
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว	สาขาวิชา		เบอร์โทรติดต่อ	
E-mail ที่สามารถติดต่อได้	เบอร์โทรติดต่อ			
ผู้บันทึก ชื่อ	ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :			
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score				

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