

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pazopanib ในผู้ป่วย Renal cell carcinoma (PZP-RCC)

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

Weight : Kg ,	รอบที่ : ครั้งที่ :
Comorbid disease :	Blood pressure /
First diagnosis of RCC :	☐ None ☐ Yes (specified)
Tissue diagnosis :	Date
Pathology report of RCC:	Site
Enrollment type :	☐ Clear cell ☐ Papillary ☐ Other (specify) ☐ New case ☐ Previously treated pazopanib , since date ☐ None ☐ Surgery ☐ Nephrectomy ☐ Metastasectomy , site ☐ Chemotherapy / biologic therapy , specify agent ☐ Radiation therapy : site ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Previous treatment of RCC :	total protein g/dL, albumin g/dL, alk phosphatase U/L
ECOG status : date	Total bill mg., direct bill mg., SGOT U/L, SGPT U/L
LFT : date	☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+ ☐ negative
Proteinuria :	☐ CXR result :
	☐ CT Chest
	result :
	☐ CT abdomen
	result :
	☐ MRI abdomen
	result :
	☐ Ultrasound
	result :
	☐ Others
	result :
Site of measurable/evaluable disease :	☐ None ☐ Soft tissue ☐ Chest wall ☐ Lymph node ☐ Lung ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ other, specify
Sunitinib dose : mg.	Frequency :
Planned Sunitinib 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 ****

