

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pembrolizumab ในผู้ป่วย Malignant melanoma (PBZ-MMN)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Date :

Weight : Kg ,

วันแรกที่ได้รับยา Pembrolizumab , cycle 1 , date :

Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)

Tissue diagnosis : date By ☐ Cytology ☐ Histology

Pathological report : specified

Stage : T ☐ N ☐ M ☐

Plan treatment setting : ☐ Adjuvant setting for new case stage III, Tany, N1
☐ Adjuvant setting for in-transit recurrent ที่สามารถผ่าตัดออกได้หมด
☐ Metastatic setting, M1 disease

Previous surgery : ☐ wide excision of primary lesion, date
☐ Sentinel node dissection, date
☐ Complete node dissection, date
☐ Complete radical metastasectomy, date site

Previous medical treatment : ☐ Yes ☐ No

☐ Chemotherapy, date specify
☐ Target/Antibody therapy, date specify

ECOG status : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

CBC : date ☐ Normal ☐ Abnormal ☐ Not done

Liver function test : date Serum Cr : mg/dL

Radiology report : ☐ CT scan, site date result
☐ MRI scan, site date result
☐ Bone scan, site date result
☐ Other nuclide scan, date specify
 Result

Site of disease /metastasis : ☐ none ☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain
☐ Lymph node, specify
☐ Others, specify

Recommended Pembrolizumab dose : mg. IV. ทุก 3 สัปดาห์

คำแนะนำขนาดยา Pembrolizumab ตามน้ำหนักตัวผู้ป่วย ทุก 3 สัปดาห์

- เท่ากับ หรือต่ำกว่า 50 กก. ขนาดยา 100 มก.
- มากกว่า 50 ถึง 75 กก. ขนาดยา 150 มก.
- มากกว่า 75 กก. ขนาดยา 200 มก.

การใช้ weight based รพ.สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ ประมาณ ร้อยละ 25 ตามเอกสารอ้างอิง
 เอกสารอ้างอิง 1.Weight-based dosing vs Fixed dosing of pembrolizumab: an economic analysis.
 เอกสารอ้างอิง 2.weight-based dosing of pembrolizumab every 6 weeks in the time of covid-19.
 เอกสารอ้างอิง 3.Biological stability of pembrolizumab after dilution and storage in 0.9%NaCl
 infusion polvolefin baes

หมายเหตุ รอบที่ 1 ของการให้ยา รับยาจากทางบริษัทผู้จำหน่าย และเบิกจ่ายตรงในรอบที่ 2-10

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 **