

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Sunitinib ในผู้ป่วย Gastrintestinal stromal tumor (SNT-GIST)

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 :	☐ None ☐ Yes (specified)
First diagnosis of GIST :	Date
Tissue diagnosis :	Site
Pathology report GIST, CD117 result:	☐ Positive ☐ Negative
Enrollment type :	☐ New case ☐ Previously treated Sunitinib , since date
Previous Imatinib treatment :	เดือน / ปี - เดือน / ปี
	☐ Progressive disease on Imatinib
Reason for Sunitinib :	☐ Serious AE to Imatinib , specify
	☐ Others , specify
ECOG status :	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
	☐ 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	

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว	สาขาวิชา	บันทึกเมื่อ
E-mail ที่สามารถติดต่อได้	เบอร์โทรศัพท์	
ผู้บันทึก ชื่อ	เบอร์โทรศัพท์	
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :		

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record

☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

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