

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Trastuzumab ในผู้ป่วย Thyroid carcinoma (TTZ-GC)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน

☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg. Height : cm.

Line of treatment : ☐ 1st line treatment ☐ 2nd line treatment ☐ >2nd line treatment

Date diagnosis of advanced/metastatic gastric cancer date :

Tissue Diagnosis : date Site :

Pathological report , specify

Primary disease : ☐ Gastroesophageal junction ☐ Gastric

☐ No

Previous surgery : ☐ Yes , date (Specify procedure)

Previous chemotherapy : ☐ No ☐ Yes (Specify procedure)

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

Site of measurable disease : ☐ Primary site ☐ lung / pleura ☐ soft tissue

☐ liver ☐ lymph node ☐ retroperitoneum

☐ other, specify

LFT : date total protein g/dL, albumin g/dL, alk phosphatase U/L

Total bill mg., direct bill mg., SGOT U/L, SGPT U/L

Creatinine : mg/dL , GFR (if Cr >1.5 mg%) mL/min

Last radiology examination : date By ☐ Plain x-ray ☐ Ultrasound ☐ CT scan

☐ Radionuclide scan ☐ MRI ☐ Other

Radiology report :

Trastuzumab dose : mg. Frequency :

Chemotherapeutic agent : ☐ Capecitabine ☐ 5-FU ☐ Cisplatin ☐ Other, specify

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 **