

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Palbociclib ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (PBC-MBC)

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐ ประกันสังคม

รอบที่ : ครั้งที่ :

☐ Newcase ☐ On treatment with Palbociclib , started date

Weight : Kg , date

* Date first diagnosis of breast cancer : Date (เดือน/ปี)

* Date first diagnosis of metastatic breast cancer : Date

Enrollment type : ☐ First line hormonal therapy ☐ Second line hormonal therapy

Tissue diagnosis : ☐ Invasive ductal ca ☐ Medullary ca ☐ Other, specify

Hormone receptor : ☐ Estrogen receptor : ☐ Positive ☐ Negative

Progesterone receptor : ☐ Positive ☐ Negative

HER 2 receptor (IHC) : ☐ Positive ☐ Negative

Previous adjuvant hormonal therapy : ☐ No ☐ Yes, specify last date เดือน/ปี

Previous chemotherapy in metastatic disease : ☐ No ☐ Yes, specify

Previous hormonal therapy in metastatic disease : ☐ No ☐ Yes, specify

Pretreatment evaluation :

Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)

ยาที่ใช้ประจำ :

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

Laboratory examination : date CBC ; Hb : gm/dL, WBC : /mcL, PMN : %,

Lymph : %, Plt : /mcL, Albumin : g/dL,

ALT : U/L, AST : U/L, Alk phos : U/L,

Total bili : mg/dL, Direct bili : mg/dL, Creatinine : mg/dL

EKG : date result :

Site of measurable disease : ☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone

☐ Brain ☐ Other, specify

Radiologic exam : date By ☐ Plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Radionuclide scan ☐ PET/CT

Result 1 :

Result 2 :

* Hormonal therapy ที่ต้องการใช้ : ☐ Letrozole ☐ Fulvestrant ☐ Anastrozole

Palbociclib dose : mg. Frequency :

เบิกยา Palbociclib ในระบบเบิกจ่ายตรง 22 รอบของการรักษา และรับยาต่อเนื่องจากทางบริษัทผู้จัดจำหน่าย

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 **