

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pertuzumab ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (PTZ-MBC)

Hcode รามาธิบดี
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช. เมืองพัทยา

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg,

date :

New case On treatment with Pertuzumab, started date

Comorbid disease : None Yes (specified)

Tissue diagnosis date Invasive ductal CA radio other , specify

Hormone receptor : Estrogen receptor : Positive Negative

Progesterone receptor : Positive Negative

HER 2 receptor (IHC) : 0-1+ 2+ 3+

HER 2 receptor (FISH) : Positive Negative

Meatastatic breast cancer, diagnosis date :

Previous treatment of adjuvant setting : NO Yes

Adjuvant chemoradio therapy :

Adjuvant trastuzumab : NO Yes, last dose trastuzumab date

Adjuvant hormonal therapy : last date

Previous treatment of metastatic breast cancer

Chemradio therapy in metastatic disease : NO Yes, specify

Hormonal therapy in metastatic disease : NO Yes, specify

Pretreatment evaluation ;

ECOG status : 1 2 3 4

Laboratory examination ;

CBC; date : Hb : gm/dl, WBC : /mcl, PMN : %, Lymph : %, Plt : /mcl

Albumin : g/dl, ALT : U/L, AST : U/L

Blood chemistry ; date : Alk phos : U/L, Total bili: mg/dl, Direct bili : mg/dl, Creatinine : mg/dl

LVEF study (every 6 mo.); date : , result : %

CXR date , result :

Ultrasound abdomen date , result :

CT/MRI chest, date , result :

Radiology study : CT/MRI abdomen date , result :

Radionuclide scan date , result :

radio other,specify date ,

result :

Site of measurable / evaluable disease ;

Lung Soft tissue Liver Bone Brain

radio other, specify date ,

Pertuzumab loading dose : mg.

Pertuzumab maintenance dose : mg. Frequency : บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

** กรุณาลงชื่อข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **