

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ribociclib ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (RBC-MBC)

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

รอบที่ :   ครั้งที่ :

New case  On treatment with Ribociclib , started date

Weight :  Kg, date

Comorbid disease :  None  Yes (specified )

ยาที่ใช้ประจำ :

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

First diagnosis of metastatic breast cancer : date

Previous chemotherapy in metastatic disease :  No  Yes, specify

Previous hormonal therapy in metastatic disease :  No  Yes, specify

Pretreatment evaluation :  
 ECOG Status : date   0  1  2  3  4  
 CBC ; Hb :  gm/dL, WBC :  /mL, PMN :  %  
 Laboratory examination : date  Lymph :  %, Plt :  /mL, 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 :

Ribociclib dose :  200 mg/d  400 mg/d  600 mg/d Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว   เบอร์โทรศัพท์  E-mail   
 ผู้บันทึก ชื่อ  เบอร์โทรศัพท์  E-mail

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

- เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย  สำเนาเวชระเบียน clinical record  ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด  
 ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย  แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

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