

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Trastuzumab ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (TTZ-MBC)

Hcode รามาธิบดี

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช. เมืองพัทยา

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

Height : cm.

Comorbid disease :

None Yes (specified)

First diagnosis of metastatic breast CA :

date

Enrollment Type :

1st line treatment 2nd line treatment >2nd line treatment

Previous Trastuzumab :

None Yes 1. date -

2. date -

3. date -

LV ejection fraction (within last 6 months), date

Result : % by MUGA Echocardiography

Previous chemotherapy : (Adjuvant setting):

None Cyclophosphamide Doxorubicin/Epirubicin
 Paclitaxel Docetaxel Methotrexate Fluoruracil
 Other

Previous chemotherapy : (Metastatic setting):

None Cyclophosphamide Doxorubicin/Epirubicin
 Paclitaxel Docetaxel Methotrexate Fluoruracil
 Capecitabine Other

Previous hormone therapy ; (Adjuvant and Metastatic setting):

None Tamoxifen Letrozole Anastrozole
 Exemestane Faslodex Everolimus
 Ovarian ablation Other

Breast surgery :

Done , date Not done

Pathological report : date

invasive ductal invasive lobular
 other (spec)

IHC : date

ER : Negative Positive %
 PR : Negative Positive %
 HER2 : Negative/Positive1+ Positive 2+ Positive 3+

HER2_ISH : date

Negative Positive

ECOG Status : date

0 1 2 3 4

Site of disease :

Breast Soft tissue Chest wall Lung Liver
 Bone Brain Lymph node, specify
 Other, specify

Chemotherapeutic agent with Trastuzumab,

Trastuzumab IV loading dose : mg. Trastuzumab subcutaneous loading dose : mg.

Trastuzumab IV maintenance dose : mg , every week

Trastuzumab subcutaneous maintenance dose : mg , every week

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

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