

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Bortezomib ในผู้ป่วย Multiple myeloma/Amyloidosis
(BTZ-MM/AMY)

Hcode				
HN		คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
เลขที่บัตรประชาชน		วันเดือนปีเกิด	เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง
ระบบประกันสุขภาพ	☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสข.			
รอบที่ :		ครั้งที่ :		
Weight : Kg.	Height : cm.		BSA : m2	
Diagnosis date :	☐ Multiple myeloma ☐ Amyloidosis ☐ MM + Amyloidosis			
Enrollment Type :	☐ New case ☐ On treatment with Bortezomib,since date			
Line of treatment :	☐ 1 st line treatment ☐ 2 nd line treatment ☐ >2 nd line treatment			
Previous treatment with Bortezomib 1	(-)			
Previous treatment with Bortezomib 2	(-)			
	☐ Bone marrow study plasma cell %			
	☐ Bone marrow biopsy ☐ Done ,			
	Result ☐ not done			
	☐ Congo red staining ☐ Done from ,			
	Result ☐ not done			
	☐ CBC Hb : g/dL WBC : /mm ³			
	PMN : % L : % platelet : /mm ³			
	☐ Blood chem Cr : mg/dL eGFR : mL/min			
	Ca : mg/dL Albumin : g/dL Globulin : g/dL			
Diagnosis criteria and laboratory test :	beta-2-microglobulin : mg/L			
	☐ Radiographic bone survey			
	result :			
	☐ Serum quantitative immunoglobulin			
	IgG : g/L , IgM : g/L , IgA : g/L , others :			
	☐ Serum electrophoresis			
	result :			
	☐ Serum free light chain			
Stage :	Kappa : mg/L , Lambda : mg/L , Kappa/Lambda :			
ECOG status :	☐ I ☐ II ☐ III			
Comorbidities :	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4			
Hematopoietic cell transplantation(HCT)-specific	Specify			
Chemotherapy specify agents :	comorbidity index = (แนบเอกสารการประเมินส่งมาพร้อมเวชระเบียน)			
Plan for ASCT :	☐ Yes รพ. เดือน/ปี ☐ No			
Bortezomib dose : mg.	Frequency :			
Bortezomib dose : mg.	day : every : weeks 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 **