

**แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Burkitt Lymphoma
และ Diffuse large B cell lymphoma (RTX-pNHL)**

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน
☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :
 Weight : Kg. Height : cm. BSA : m2
 Diagnosis : ☐ Burkitt Lymphoma, date ☐ DLBCL, date
 Tissue diagnosis : date site :
 Pathological report : date CD 20 + by IHC staining ; %
 Burkitt Lymphoma : Ki67 + %
 Others; specify
 Diffuse large B cell lymphoma: CD 20 by IHC staining, %
 Murphy staging ; ☐ I ☐ IE ☐ II ☐ IIE ☐ III ☐ IIIE ☐ IV
 Risk group ; ☐ Standard risk ☐ High risk
☐ CBC, date :
☐ LDH, date : result :
☐ HBs Ag, date : ☐ Positive ☐ Negative
 Laboratory test : ☐ CT Chest, date :
☐ CT Abdomen, date :
☐ Bone marrow exam, date : result :
☐ CSF exam, date : ☐ Positive ☐ Negative
 Chemotherapy : ☐ Standard risk ThaiPOG protocol ☐ High risk ThaiPOG protocol
 Rituximab IV dose : mg. Every : week

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 ****