

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ruxolitinib ในผู้ป่วย Myelofibrosis (RUX-PMF)

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.
 Diagnosis date : ☐ Primary myelofibrosis ☐ Post-PV myelofibrosis ☐ Post-ET myelofibrosis
 Enrollment Type : ☐ New case ☐ Currently on Ruxolitinib, since date
☐ None
 Previous chemotherapy treatment : ☐ Hydroxyurea, month to month
☐ Other chemotherapeutic agents, specify
 ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Weight loss > 10% of the baseline value in the year preceding PMF diagnosis
 Constitutional symptoms : ☐ Unexplained fever
☐ Excessive sweats persisting for more than one month
 Spleen size, exam date : cm. below mid left costal margin
 CBC : date Hb : g/dL, WBC : /mm³, Plt : /mm³
 PMN : %, Ly : %, Blast : %, Other
 Blood chemistry, date : LDH : , Total protein : g/dL, Albumin : g/dL
 ALT : U/L, AST : U/L
 BM study : date ☐ Aspiration (result)
☐ Biopsy, date (result)
 Cytogenetic study : ☐ Not done
☐ Done, date, (result)
 JAK2 mutation : ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done
 CALR mutation : ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done
 MPL mutation : ☐ Positive ☐ Negative ☐ Not done
 Other gene mutations, (specify)
 Total IPSS score, date ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 Ruxolotinib dose : mg. Frequency :

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 **