

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Dasatinib ในผู้ป่วย

Acute Lymphoblastic Leukemia ชนิด philadelphia chromosome positive (ALL Ph+)(DST-ALL)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg.

Date diagnosis of ALL :

Enrollment type : New case On treatment with dasatinib, since date

Line of treatment : 1st line treatment 2nd line treatment

Previously treated with Imatinib : Yes, date - No

ECOG Status : 0 1 2 3 4

CBC : date Hb : gm%. WBC : mm³ Plt : mm³

PMN : % L : % other :

BM study

Aspiration : date result :

Biopsy : date result :

Cytogenetic study

Chromosome study : date result : positive negative not done

BCR-ABL gene by FISH : date result : positive negative not done

BCR-ABL gene by RQ-PCR : date result : positive negative not done

Combination chemotherapy : N Y (specified)

Plan for HCT : Y N

Dasatinib dose : mg. Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัยเลขว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพของสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

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