

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib/Dasatinib ในผู้ป่วย

Acute Lymphoblastic Leukemia ชนิด philadelphia chromosome positive (IMT-ALL)

Hcode รามาธิบดี

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง

ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช. เมืองพัทยา

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg.

Date diagnosis of ALL :

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

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

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

Imatinib dose : Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัยเลขว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในวาระเขียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

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