

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (IMT-CML)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

BSA : m²

Diagnosis : date

CML chronic phase CML accelerated หรือ blast crisis

Enrollment Type :

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

Phase of CML :

Chronic Accelerated Blast

Imatinib dose : mg/day

Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัยเลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

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