

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Lenalidomide ในผู้ป่วย Multiple myeloma (LND-MM)

Hcode  รามาธิบดี  
 HN  คำนำหน้า  ชื่อ  สกุล   
 เลขที่บัตรประชาชน  วันเดือนปีเกิด  เพศ  ชาย  หญิง  
 ระบบประกันสุขภาพ  สวัสดิการข้าราชการ  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  กทม.  กกต.  กสทช.  เมืองพัทยา  
 รพที่ :   ครั้งที่ :

Weight :  Kg.

Diagnosis date :

\*Enrollment Type :

- New case  
 On treatment with Lenalidomide , since date   
 Indication Started Lenalidomide  Induction therapy MM  Maintenance post ASCT  
 None  
 1<sup>st</sup> line therapy เดือน/ปี (  - เดือน/ปี  )  
 specify agents

\*Previous treatment :

- 2<sup>nd</sup> line therapy เดือน/ปี (  - เดือน/ปี  )  
 specify agents   
 3<sup>rd</sup> line therapy เดือน/ปี (  - เดือน/ปี  )  
 specify agents   
 Other

\*History of ASCT :

- Yes, 1. เดือน/ปี  2. เดือน/ปี   No

Diagnosis criteria and laboratory test; (result on diagnosis date)

- Bone marrow study  plasma cell  %  
 CBC :  Hb :  g/dL, WBC :  /mm<sup>3</sup>, PMN :  %, L :  %, platelet :  /mm<sup>3</sup>  
 Blood chem :  Cr :  mg/dL, eGFR :  ml/min, Ca :  mg/dL, \*Albumin :  g/dL  
 Globulin :  g/dL, \* beta-2-microglobulin :  mg/L

\*  Radiographic bone survey

result :

Serum quantitative immunoglobulin:

IgG :  g/L, IgM :  g/L, IgA :  g/L, others :

\*  Serum electrophoresis

result :

\*  Serum free light chain :

Kappa :  mg/L, Lambda :  g/L, Kappa/Lambda :

\*Stage :

- I  II  III

\*ECOG status :

- 0  1  2  3  4

Comorbidities :

Specify

Chemotherapy specify agents :

Lenalidomide dose  mg.

Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลขว   เบอร์โทรติดต่อ  E-mail   
 ผู้บันทึก ชื่อ  เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

- เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย  สำเนาเวชระเบียน clinical record  ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด  
 ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย  แบบบันทึก Barthel ADL Score

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