

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Nilotinib ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (NLT-CML)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

* Diagnosis : date CML chronic phase CML accelerated หรือ blast crisis

* Enrollment Type : New case previously treated with nilotinib

Line of treatment by nilotinib : 1st line treatment 2nd line treatment 3rd line treatment

Imatinib : month - month

History of previous treatment : Nilotinib : month - month

Dasatinib : month - month

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

Done, date result :

BCR-ABL mutation test :

not done

Phase of CML :

Chronic Accelerated Blast

Nilotinib dose : mg/day Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนรพสุสานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

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