

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ponatinib ในผู้ป่วย Chronic Myeloid leukemia (PNT-CML)

Hcode 13781 รามาธิบดี
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกด. กสทช. เมืองพัทยา
 รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

First date diagnosis of CML : date

Enrollment Type : New case On treatment with Ponatinib, since date

Imatinib, date - date

History of previous treatment : Nilotinib, date - date

Dasatinib, date - date

Others, specify

Reasons for Ponatinib treatment;

Not response to, Imatinib Nilotinib Dasatinib

Intolerance to, Imatinib Nilotinib Dasatinib

ระบุอาการของ intolerance

T315i, date diagnosis, date

ECOG Status : 0 1 2 3 4

CBC : date Hb : gm% WBC : /mm³ Patelet /mm³

PMN : % L : % other :

BM study : date

Aspiration, result :

Biopsy, result :

Cytogenetic study:

Chromosome study : date result : positive negative not done

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

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

BCR-ABL mutation test : date result :

Phase of CML : date Chronic Accelerated Blast

Ponatinib dose : mg, Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรศัพท์ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

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