

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Chronic lymphocytic leukemia/SLL (RTX-CLL)

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

Weight : Kg. Height : cm. BSA : m²
 Diagnosis : date
 Line of treatment : 1st line treatment 2nd line treatment >2nd line treatment
 In case of relapsed : Previous chemotherapy (specify)
 Previous Rituximab (-)
 ECOG status : 0 1 2 3 4
 Tissue diagnosis : date site :
 Pathological report : date
 CD20 by IHC staining : Positive Negative
 Rai staging : 0 I II III IV
 B symptoms : Yes No
 Spleen size from left costal margin : cm.
 The biggest lymph node diameter : cm site :
 CBC 6 เดือนก่อนการขออนุมัติ Hb : gm% WBC : /mm³ PMN : % L : %
 Plt : /mm³ Others :
 CBC ในเดือนที่ขออนุมัติ Hb : gm% WBC : /mm³ PMN : % L : %
 Plt : /mm³ Others :
 LDH result :
 HBs Ag Positive Negative
 Laboratory test : HIV Positive Negative
 CT chest
 CT abdomen
 Bone marrow exam
 Rituximab IV dose : mg. Chemotherapy and Frequency :
 Rituximab subcutaneous dose : mg. Chemotherapy and Frequency :
 บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลขว เบอร์โทรศัพท์ E-mail
 ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :
 เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
 ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score
**** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ ****