

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Follicular lymphoma (RTX-FCL)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg.

Height : cm. BSA : m²

Diagnosis :

date

Line of treatment :

1st line treatment 2nd line treatment >2nd line treatment

1st Relapsed from previous Rituximab

(-)

2nd Relapsed from previous Rituximab

(-)

ECOG Status :

0 1 2 3 4

Tissue diagnosis : date

site :

Pathological report : date

grade : 1 2 3a 3b

CD 20 by IHC staining :

Positive % Negative

Ann Arbor staging :

I IE II IIE III IIIE IV

B symptoms :

Yes No

CBC, date :

LDH result :

HBs Ag Positive Negative

HIV Positive Negative

CT chest, date :

CT abdomen, date :

Bone marrow exam result :

Chemotherapy :

specify agents

Rituximab IV dose : mg.

Chemotherapy and Frequency :

Rituximab subcutaneous dose : mg.

Chemotherapy and Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข 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 **