

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Rituximab ในผู้ป่วย Mantle cell Lymphoma (RTX-MCL)

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 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

1st Relapsed from previous Rituximab

(-)

2nd Relapsed from previous Rituximab

(-)

Tissue diagnosis : date

site :

Pathological report : date

result :

Immunohistochemistry : date

result :

Stage :

I II III IV

Non-bulky disease Bulky disease

ECOG Status :

0 1 2 3 4

Comorbidities :

N Y specified

CBC

LDH result :

HBs Ag Positive Negative

Laboratory test :

HIV Positive Negative

CT chest

result :

CT abdomen

result :

Bone marrow exam

result :

แผนการรักษาด้วย bone marrow transplantation : N Y, รพ.

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 **