

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ruxolitinib ในผู้ป่วย Myelofibrosis (RUX-PMF)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg.

Height : Cm.

Diagnosis date :

Primary myelofibrosis Post-PV myelofibrosis Post-ET myelofibrosis

Enrollment Type :

New case

Currently on Ruxolitinib, since date

None

Previous chemotherapy treatment :

Hydroxyurea, month to month

Other chemotherapeutic agents, specify

ECOG status :

0 1 2 3 4

Weight loss >10% of the baseline value in the year preceding PMF diagnosis

Constitutional symptoms :

Unexplained fever

Excessive sweats persisting for more than one month

Spleen size, exam date ;

cm below mid left costal margin

* CBC : date

Hb : g/dL, WBC : /mm³, Plt : /mm³

PMN : %, Ly : %, Blast : %, Other

Blood chemistry, date ;

LDH : , Total protein : g/dL, Albumin : g/dL

ALT : U/L, AST : U/L

* BM study : date

Aspiration (result)

Biopsy, date

(result)

Cytogenetic study :

Not done

Done, date, (result)

JAK2 mutation :

Positive Negative Not done

CALR mutation :

Positive Negative Not done

MPL mutation :

Positive Negative Not done

Other gene mutations,

(specify)

*Total IPSS score, date

1 2 3 4 5

Ruxolitinib dose : mg.

Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัยเลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

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