

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Crizotinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer ROS1+(CZT-NSL)

Hcode
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.
 รอบที่ : ครั้งที่ :

ผู้ป่วยต้องได้รับยา Crizotinib 1 เดือนจากทางบริษัทผู้จำหน่าย และสามารถชื้อยา Crizotinib ต่อ โดยเบิกยาต่อในระบบเบิกจ่ายตรง

* Date first started Crizotinib : เดือนที่ 1 รับยาจากทางบริษัทผู้จำหน่าย
 Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)
 Tissue diagnosis : date By ☐ Cytology ☐ Histology
 Pathological report : ☐ Adenocarcinoma ☐ Squamous cell ca ☐ Large cell ca ☐ NOS
☐ EGFR testing date :
 Result :
☐ ALK rearrangement date :
 Biomarkers testing : Result :
☐ ROS1 fusion, result
☐ Others date :
 Result :
 Line of treatment : ☐ 1st line treatment ☐ 2nd line treatment ☐ 3rd line treatment
 1st line treatment, specify
 Previous therapy : month - month
 2nd line treatment, specify
 month - month
 Clinical staging : T N M
 ECOG status : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 Radiologic exam : date By ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Radionuclide scan
☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Adrenal gland
 Site of disease /metastasis : ☐ Lymph node, specify
☐ Others, specify
 Planned Brigatinib dose : mg/d

เงื่อนไขการเบิกจ่ายยา Crizotinib 250 mg.,

เดือนที่ 2-7 (วันที่ 31-210) เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง

เดือนที่ 8 เป็นต้นไป รับการสนับสนุนยาจากทางบริษัทผู้จำหน่าย

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว สาขาวิชา เบอร์โทรติดต่อ
 E-mail ที่สามารถติดต่อได้
 ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record
☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

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