

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Enzalutamide ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (EZM-CRPC)

Hcode

HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน

☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg ,

Comorbid disease :

☐ None ☐ Yes (specified)

First diagnosis of metastatic prostate cancer :

Date

Enrollment type :

☐ New case ☐ Previously treated with Enzalutamide, since date

Previous treatment

Antiandrogen therapy :

☐ No

☐ Yes, specify date -

GnRH :

☐ No

☐ Yes, specify date -

Chemotherapy :

☐ No

☐ Yes, specify date -

Abiraterone :

☐ No ☐ Yes, date -

Others : specify

Date -

Orchiectomy status :

☐ Yes, date - ☐ No

Pathological report : date

☐ Adenocarcinoma ☐ Other (spec)

ECOG status : date

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Last PSA : date ng/ml

Previous PSA : date ng/ml

Site of metastatic disease :

☐ Bone, specify site(s)

☐ Lung ☐ Liver ☐ Prostate ☐ Brain ☐ Lymph node

☐ other, specify

Enzalutamide dose : mg.

Frequency :

Enzalutamide dose : mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว สาขาวิชา เบอร์โทรศัพท์

E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record

☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

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