

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pembrolizumab ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (PBZ-NSL)

Hcode
 HN คำนวณ ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ ☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ ทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.

รอบที่ : ครั้งที่ :

Date :

Weight : Kg ,

วันแรกที่ได้รับยา Pembrolizumab , cycle 1 , date :

Comorbid disease : ☐ None ☐ Yes (specified)

Tissue diagnosis : date By ☐ Cytology ☐ Histology

Pathological report : ☐ Adenocarcinoma ☐ Squamous cell ca ☐ Large cell ca ☐ NOS

☐ PD-L1 expression : %

☐ EGFR testing date :

Result :

☐ ALK rearrangement date :

Result :

Biomarkers testing :

☐ Uncommon mutation, result

☐ Others date :

Result :

☐ None

☐ 1st line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

☐ 2nd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

☐ 3rd line therapy, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agent(s)

☐ >3rd line treatment,

ECOG status : date ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Laboratory examination : Albumin: g/dL, ALT : U/L, AST: U/L, alk phos: U/L

Total bill mg., Direct bill mg., TSH : U/L, Creatinine : mg/dL

Site of disease /metastasis : ☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Adrenal gland

☐ Others, specify

Radiologic exam : date By ☐ plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S ☐ MRI ☐ Radionuclide scan ☐ PET/CT

Result :

Recommended Pembrolizumab dose : mg.

คำแนะนำขนาดยา Pembrolizumab ตามน้ำหนักตัวผู้ป่วย ทุก 3 สัปดาห์

- เท่ากับ หรือต่ำกว่า 50 กก. ขนาดยา 100 มก.

- มากกว่า 50 ถึง 75 กก. ขนาดยา 150 มก.

- มากกว่า 75 กก. ขนาดยา 200 มก.

หมายเหตุ รอบที่ 1 ของการให้ยา รับยาจากทางบริษัทผู้จำหน่าย และเบิกจ่ายตรงในรอบที่ 2-10

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 **

จัดทำโดย ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามาธิบดี (ประสานงานผู้ป่วยมะเร็ง)