

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Sorafenib ในผู้ป่วย Hepatocellular carcinoma (SRF-HCC)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg ,

Enrollment type :

Comorbid disease :

Tissue diagnosis; date , By

Pathological report :

Radiology report :

Alpha-fetoprotein : date

Previous treatment :

ECOG status :

CBC :

Blood chemistry, date

Coagulogram date

Child-Pugh liver function class :

Site of disease / metastasis :

Sorafenib dose : mg.

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว

E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record

☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

☐ New case ☐ Previously treated with Sorafenib , started

☐ None ☐ Yes (specified)

☐ Cytology ☐ Histology ☐ None

☐ Hepatocellular carcinoma ☐ Cholangiocarcinoma

☐ Other ,

☐ CT scan , date

result :

☐ MRI scan , date

result :

☐ Others , date

result :

result iu/mL/mL

☐ None ☐ Curative surgery , (เดือน/ปี)

☐ TACE, total cycles (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

☐ Systemic therapy , (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

specify agents

☐ Other locoregional therapies , (เดือน/ปี)

specify

☐ 0 are fully active, more or less as you were before your illness

☐ 1 can't carry out heavy physical work, but can do anything else

☐ 2 up and about more than half the day. can look after yourself but can't work

☐ 3 are in bed or a chair for more than half the day. need help to look after yourself

☐ 4 are in bed or a chair all the time and need complete care

Hb : g/dL, WBC : /mm³, PMN : %,

platelet : /mm³

total protein g/dL, albumin g/dL, alk phosphatase U/L

Total bill mg., direct bill mg., SGOT U/L, SGPT U/L

Serum Cr : mg/dL

PT : sec, PTT : sec, * INR : sec

☐ A ☐ B ☐ C

☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Adrenal gland

☐ Lymph node , specify

☐ Other, specify

Frequency : บันทึกเมื่อ

สาขาวิชา เบอร์โทรติดต่อ

เบอร์โทรติดต่อ

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