

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Sorafenib ในผู้ป่วย Thyroid carcinoma (SRF-ThC)

Hcode					
HN		คำนำหน้า		ชื่อ	
เลขที่บัตรประชาชน			วันเดือนปีเกิด		เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ระบบประกันสุขภาพ	☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.				
รอบที่ : ครั้งที่ :					
Weight :		Kg ,			
Enrollment type :	☐ New case ☐ Previously treated with Sorafenib , started				
Comorbid disease :	☐ None ☐ Yes (specified)				
Tissue diagnosis; date					
Pathological report :	☐ Papillary ca ☐ Follicular ca ☐ Other ,specify ☐ curative surgery , (เดือน/ปี) ☐ Total 1st I-131 ablation , total Cycle , total dose mCi , date (-) ☐ Other treatment , (เดือน/ปี) specify ☐ Other treatment , (เดือน/ปี) specify				
Previous treatment :	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 result ng/ml Hb : g/dL, WBC : /mm 3, PMN : % , platelet : /mm 3 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 eGFR : mL/min , Ca : mg/dL ☐ CT scan , date result : ☐ MRI scan , date result : ☐ Radioiodine scan, date result : ☐ Other nuclide scan, date result :				
ECOG status :					
Serum thyroglobulin : date					
CBC :					
Blood chemistry, date					
Radiology report :	☐ Lung ☐ Soft tissue ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Lymph node , specify ☐ Other, specify				
Site of measurable / evaluable disease :	result : result : result : result :				
Sorafenib dose :		mg.	Frequency :		
แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว			สาขาวิชา		บันทึกเมื่อ
E-mail ที่สามารถติดต่อได้			เบอร์โทรติดต่อ		
ผู้บันทึก ชื่อ			เบอร์โทรติดต่อ		
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :					
เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานะภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score					

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