แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Abiraterone ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (ABT-CRPC)

Hcode 13781 รามาธิบดี

HN _____ **คำนำหน้า** _____ **ชื่อ** _____ **นามสกุล** _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ **วันเดือนปีเกิด** _____ **เพศ** ○ ชาย ○ หญิง

ระบบประกันสุขภาพ ○ สวัสดิการข้าราชการ ○ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ○ กทม. ○ กกต. ○ กสทช. ○ เมืองพัทยา

รอบที่ : _____ _____ **ครั้งที่ :** _____

Weight : _____ Kg

Comorbid disease : ○ None ○ Yes (specified _____)

First diagnosis of metastatic prostate cancer : date _____

Enrollment type :
○ New case
○ Previously treated with Abiraterone, since date _____

Previous treatment

* **Antiandrogen therapy :**
○ No
○ Yes, specify _____ date _____ - _____

* **GnRH :**
○ No
○ Yes, specify _____ date _____ - _____

* **Chemotherapy :**
○ No
○ Yes, specify _____ date _____ - _____

* **Enzalutamide :** ○ 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 _____

Abiraterone dose : _____ mg **Frequency :** _____

บันทึกเมื่อ _____

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว _____ _____ **เบอร์โทรติดต่อ** _____ **E-mail** _____

ผู้บันทึก ชื่อ _____ **เบอร์โทรติดต่อ** _____

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา : _____

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

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