

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Atezolizumab ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (ATZ-NSL)

Hcode รามาธิบดี
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกด. กสทช. เมืองพัทยา
 รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

Comorbid disease : None Yes (specified)

Tissue diagnosis : date By Cytology Histology

Pathological report : Adenocarcinoma Squamous cell CA Large cell CA NOS

EGFR testing date :

, result :

ALK rearrangement date :

, result :

Biomarkers testing :

Uncommon mutation, result

Other date :

, result :

None

1st line treatment, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

, specify agent(s)

Previous treatment :

2nd line treatment, (เดือน/ปี - เดือน/ปี)

, specify agent(s)

3rd line treatment, (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 bili: mg/dL , Direct bili: mg/dL , * TSH: mIU/L , Creatinine: mg/dL

Site of disease/metastasis :

Lung Soft tissue Liver Bone Brain Adrenal gland

Other, specify

Radiologic exam : date

By plain x-ray CT scan U/S MRI Radionuclide scan PET/CT

Result :

Atezolizumab dose : mg.

Frequency :

Atezolizumab dose :

1,200 mg every 3 week mg every week

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจของทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

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