

แบบบันทึกข้อมูลของขั้นตอนการเบิกจ่ายยา Bevacizumab ในผู้ป่วย High-risk advanced ovarian cancer (stage IIIB-IV)(BCZ-OVC)

Hcode รามาธิบดี
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กกต. กสทช. เมืองพัทยา

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

Height : cm.

Line of treatment :

1st line treatment 2nd line treatment >2nd line treatment

Date diagnosis of metastatic ovarian cancer :

date

Tissue Diagnosis : date

By : Cytology Tissue biopsy Surgical resection

Pathological report, specify

ECOG status : date

0 1 2 3 4

Primary disease :

Ovary Other, specify

Previous chemotherapy

Adjuvant treatment :

None Cisplatin Carboplatin Paclitaxel

Docetaxel Others, specify

None Cisplatin Carboplatin Paclitaxel Docetaxel

Metastatic treatment :

Biologic agents, specify

Others, specify

LFT : date

Total protein g/dL Albumin g/dL Alk phosphatase U/L

Total bill mg. Direct bill mg. SGOT U/L SGPT U/L

Creatinine : mg/dL

GFR (if Cr>1.5 mg%) : mL/min

Proteinuria :

1+ 2+ 3+ 4+ Negative

Total proteinuria (ในกรณีที่มี >= 2+) mg/day

Clinical brain metastatic :

Yes No

Last radiology examination, date :

by : Plain x-ray Ultrasound CT scan

Radionuclide scan MRI

Other

Radiology report :

Site of measurable/evaluable disease :

Bone Lung/Pleura Soft tissue

Liver Lymph node Retroperitoneum

Other, specify

Planned Bevacizumab dose : mg.

Frequency : every week

Chemotherapeutic agent :

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 **