

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Ceritinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer, ALK+ (CRT-NSL)

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

Biomarkers testing : result :

Uncommon mutation, result

Other date :
 result :

Enrollment type : New case Previously treated with ceritinib, since date

Line of treatment : 1st line treatment 2nd line treatment 3rd line treatment

Previous therapy : 1st line treatment, specify ,
 month - month

2nd line treatment, specify ,
 month - month

Clinical staging : T N M

ECOG Status : date 0 1 2 3 4

Radiologic exam : date By plain x-ray CT scan U/S MRI Radionuclide scan PET/CT
 Lung Soft tissue Liver Bone Brain Adrenal gland

Site of disease/metastasis : Lymph node, specify

Other, specify

Ceritinib dose : mg. Frequency :

Planned Ceritinib dose : 150 mg/day 300 mg/day 450 mg/day

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

- เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
 ผลการตรวจสอทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

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