

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Gefitinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (GFT-NSL)

Hcode

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)

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

* Tissue diagnosis : date By Cytology Histology

* Pathological report : Adenocarcinoma Squamous cell CA Large cell CA NOS

* Tissue for EGFR testing : date

not detected exon 18-21 detected exon 18

* EGFR mutation : exon 19 exon 20 exon 21

uncommon mutation, specify

Previous therapy : 1st line treatment, specify start /

2nd line treatment, specify start /

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

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรติดต่อ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบบสุขภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score (เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่)

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