แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Gastrointestinal stromal tumor (IMT-GIST)

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 GIST : _____

Tissue diagnosis : _____ Site _____

Pathology report GIST, CD117 result : ○ Positive ○ Negative

Operation : ○ Yes _____ ○ No

Resectability : ○ Complete resection ○ Partial resection ○ Unresectable

Size : _____ **cm.** Mitotic rate : ○ ≤5/HPFs ○ >5/HPFs

ECOG Status : _____ ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

Radiologic examination :

☐ CXR _____ result : _____

☐ CT Chest _____

result : _____

☐ CT abdomen _____

result : _____

☐ MRI abdomen _____

result : _____

☐ Ultrasound _____

result : _____

☐ Others

result : _____

Site of measurable/evaluable disease : ☐ None ☐ Soft tissue ☐ Chest wall ☐ Lymph node ☐ Lung ☐ Liver ☐ Bone ☐ Brain ☐ Other, specify _____

Imatinib dose : _____ **mg/day** **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 ****