

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Osimertinib ในผู้ป่วย Non-small cell lung cancer (OST-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 )

Tissue diagnosis : date  By  Cytology  Histology

Pathological report :  Adenocarcinoma  Squamous cell CA  Large cell CA  NOS

EGFR T790M date   not detected  detected

None

1<sup>st</sup> line therapy, (เดือน/ปี  - เดือน/ปี   
specify agent(s)

2<sup>nd</sup> line therapy, (เดือน/ปี  - เดือน/ปี   
specify agent(s)

Previous treatment :

3<sup>rd</sup> line therapy, (เดือน/ปี  - เดือน/ปี   
specify agent(s)

Other

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

Planned Osimertinib dose :  80 mg/d  80 mg every other day

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 \*\*