

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Pazopanib ในผู้ป่วย Metastatic or Inoperable Non-lipogenic Soft Tissue Sarcoma (PZP-STs)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg. Blood pressure /
 Comorbid disease : None Yes (specified)
 First diagnosis of STS : date
 Primary site of tumor : site
 Pathology report of STS : specify
 Enrollment type : 1st line 2nd line >2nd line
 None
 Chemotherapy -
 Previous treatment of STS : specify agent :
 Previously treated with pazopanib, since
 Surgery : site and procedure
 Radiation therapy : site
 ECOG status : date 0 1 2 3 4
 Blood chemistry : date BUN : mg/dL Cr : mg/dL Total protein : g/dL
 Albumin : g/dL Alk phosphatase : U/L Total bill : mg.
 Proteinuria : date Direct bill : mg. SGOT : U/L SGPT : U/L
 1+ 2+ 3+ 4+ negative
 CXR result :
 CT Chest
 result :
 CT abdomen
 result :
 Radiologic examination of measurable/evaluable disease : MRI abdomen
 result :
 Ultrasound
 result :
 Clinical examinations
 result :
 Others
 result :
 Pazopanib 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 **