

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Sunitinib ในผู้ป่วย Gastrintestinal stromal tumor (SNT-GIST)

Hcode รามาธิบดี
 HN คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กต. กสทช. เมืองพัทยา
 รอบที่ : ครั้งที่ :

Weight : Kg

Comorbid disease : None Yes (specifie)

First diagnosis of GIST : เดือน/ปี

Tissue diagnosis : Site

Pathology report GIST, CD117 result Positive Negative

Enrollment type : New case Previously treated Sunitinib , since date

Previous Imatinib treatment : เดือน / ปี - เดือน / ปี

Reason for Sunitinib : Progressive disease on Imatinib

Serious AE to Imatinib , specify

Others , specify

ECOG Status : 0 1 2 3 4

CXR result :

CT Chest

result :

CT abdomen

result :

Radiologic examination : 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

Sunitinib 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 **