

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Pertuzumab ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (PTZ-MBC)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :
 Weight : Kg. date :
 Date first started Pertuzumab, date
 ECOG status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Laboratory examination ;

CBC; date : Hb : gm/dL, WBC : /mCL, PMN : %, Lymph : %, Plt : /mCL,
 Blood chemistry; date : Albumin : g/dL, ALT : U/L, AST : U/L,
 Alk phos : U/L, Total bili : mg/dL,
 Direct bili : mg/dL, Creatinine : mg/dL
 LVEF study (every 6 mo.); date : , result : %

Radiology study :

☐ CXR, date
 result :
☐ Ultrasound abdomen, date
 result :
☐ CT/MRI chest, date
 result :
☐ CT/MRI abdomen, date
 result :
☐ Radionuclide scan date
 result :
☐ radio_other, specify date
 result :
☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD
 Plan next Pertuzumab ครั้งที่ : date

Disease status ;

Plan next Pertuzumab ครั้งที่ :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว สาขาวิชา เบอร์โทรศัพท์
 E-mail ที่สามารถติดต่อได้
 ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด
☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

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