

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Ribociclib ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (RBC-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 Ribociclib, date :

Evaluation date

By ☐ Clinical ☐ Plain x-ray ☐ CT scan ☐ U/S

☐ MRI ☐ Other

Radiology report : date

Disease status :

☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD

ECOG Status : date

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Laboratory examination : date

CBC ; Hb : gm/dL, WBC : /mcL, PMN : %, Lymph : %, Plt : /mcL, Albumin : g/dL,

ALT : U/L, AST : U/L, Alk phos : U/L,

Total bili : mg/dL, Direct bili : mg/dL,

Creatinine : mg/dL

Ribociclib dose : mg.

Frequency :

Ribociclib dose :

☐ 200 mg/d ☐ 400 mg/d ☐ 600 mg/d

วันที่เบิก Ribociclib ครบ 10 เดือน :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว สาขาวิชา เบอร์โทรติดต่อ

E-mail ที่สามารถติดต่อได้

ผู้บันทึก ชื่อ

เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

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