

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Trastuzumab ในผู้ป่วย Metastatic breast cancer (TTZ-MBC)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

First approved date :
 Date first started Trastuzumab date :
 Last cycle : date
 ECOG Status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 LV ejection fraction (at 6 months interval) : result % , by ☐ MUGA ☐ Echocardiography
 Evaluation date by : ☐ Clinical ☐ Plain x-ray ☐ U/S ☐ CT scan
☐ Radionuclide scan ☐ MRI ☐ Other
 Radiology report result :
 Disease status : ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD
☐ Trastuzumab IV maintenance dose : mg. Frequency :
☐ Trastuzumab subcutaneous maintenance dose: mg. Frequency :

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 ****