

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Bortezomib ในผู้ป่วย Multiple myeloma/Amyloidosis (BTZ-MM/AMY)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

First approved date :

Diagnosis date :

☐ Multiple myeloma ☐ Amyloidosis ☐ MM + Amyloidosis

Date started Bortezomib date :

Number cycle of chemotherapy :

last cycle date

Number cycle of Bortezomib :

last cycle date

☐ Clinical examination

☐ CBC : Hb : g/dL WBC : /mm³

PMN : % L : % platelet : /mm³

☐ Blood chem Cr : mg/dL eGFR : mL/min

Ca : mg/dL Albumin : g/dL Globulin : g/dL

beta-2-microglobulin : mg/L

Evaluation by :

☐ Serum quantitative immunoglobulin

IgG : g/L , IgM : g/L , IgA : g/L ,

others :

☐ Serum free light chain

Kappa : mg/L , Lambda : mg/L , Kappa/Lambda :

☐ BM exam plasma cell %

Clinical response :

☐ StrCR ☐ CR ☐ VGPR ☐ PR ☐ MR ☐ SD ☐ PD

ECOG Status :

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Hematopoietic cell transplantation(HCT)-specific comorbidity index = (แนบเอกสารการประเมินส่งมาพร้อมเวชระเบียน)

Plan for ASCT :

☐ Yes รพ. เดือน/ปี ☐ No

Chemotherapy specify agents :

Bortezomib 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 ****