

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Imatinib/Dasatinib ในผู้ป่วย Acute Lymphoblastic Leukemia
ชนิด philadelphia chromosome positive (IMT-ALL)

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

รอบที่ : ครั้งที่ :

First approved date :

Date started Imatinib :

Evaluation date : Weight : kg. BSA : m2

ECOG Status : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

CBC : date Hb : gm%. WBC : /mm3 Plt : /mm3

PMN : % L : % other :

Hematologic response : ☐ Complete ☐ Partial ☐ Not response

BM study :

☐ Aspiration : date

result :

☐ Biopsy : date

result :

☐ Not done

Cytogenetic study

☐ Chromosome study :

Date

result : ☐ positive ☐ negative ☐ not done

☐ BCR-ABL gene by FISH :

Date

result : ☐ positive ☐ negative ☐ not done

☐ BCR-ABL gene by RQ-PCR :

Date

result : ☐ positive ☐ negative ☐ not done

Cytogenetic response : ☐ Complete ☐ Partial ☐ Not response

Imatinib dose : mg.

Frequency :

Daily dose (mg) Imatinib : ☐ 400 ☐ 500 ☐ 600 ☐ 800

Daily dose (mg) Dasatinib : ☐ 75 ☐ 100

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 **

จัดทำโดย ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามาธิบดี (ประสานงานผู้ป่วยมะเร็ง)