

แบบบันทึกข้อมูลต่ออายุประกอบการเบิกจ่ายยา Imatinib ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (IMT-CML)

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 :

BM study :

☐ Aspiration : date

result :

☐ Biopsy : date

result :

☐ Not done

Hematologic response :

☐ Complete ☐ Partial ☐ Not response

Chromosome study ครั้งที่ล่าสุด :

☐ Done , date ☐ Not done

Result : จำนวน metaphase ที่นับ

จำนวน Ph chromosome ที่พบ

Cytogenetic response :

☐ CCyR ☐ PCyR ☐ Not response

Molecular study by RQ-PCR ครั้งที่ล่าสุด :

☐ Done , date ☐ Not done

Result : %BCR-ABL mRNA/ABL IS*

Molecular response :

☐ MR3 ☐ MR4 ☐ MR4.5 ☐ Not detected ☐ Not done

Imatinib dose : mg/day

Frequency :

Daily dose Imatinib (mg) :

☐ 200 ☐ 300 ☐ 400 ☐ 500 ☐ 600 ☐ 800

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 **